



**Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Exatas e da Natureza
Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde -
Mestrado**

VIVIAN CONCEIÇÃO ALVES LEITE PEREIRA DO LAGO

**Influência da Utilização do incentivo Financeiro do PMAQ na
Qualificação da Atenção Básica dos Municípios da Paraíba sob o ponto
de vista dos gestores municipais**

**JOÃO PESSOA – PB
2022**

VIVIAN CONCEIÇÃO ALVES LEITE PEREIRA DO LAGO

**Influência da Utilização do Incentivo Financeiro do PMAQ na
Qualificação da Atenção Básica dos Municípios da Paraíba sob o ponto
de vista dos gestores municipais**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, sob a orientação dos professores orientador José Carlos Lacerda Leite e coorientador Luciano Bezerra Gomes.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Carlos de Lacerda Leite

Coorientador: Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes

JOÃO PESSOA – PB
2022

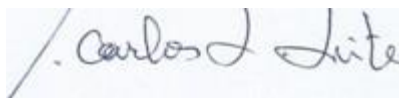
ATA DA BANCA EXAMINADORA

INFLUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO DO PMAQ NA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS DA PARAÍBA SOB O PONTO DE VISTA DOS GESTORES MUNICIPAIS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, sob a orientação dos professores orientador José Carlos Lacerda e coorientador Luciano Bezerra Gomes.

João Pessoa, 30 de agosto de 2022.

ORIENTADORES



José Carlos de Lacerda Leite



Luciano Bezerra Gomes

BANCA EXAMINADORA

João Agnaldo do Nascimento (UFPB – Examinador Interno)

Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna (UFPB – Examinador Interno)

Helena Eri Shimizu (UnB – Examinador Externo à Instituição)

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L177i Lago, Vivian Conceição Alves Leite Pereira do.

Influência da utilização do incentivo financeiro do PMAQ na qualificação da atenção básica dos municípios da Paraíba sob o ponto de vista dos gestores municipais / Vivian Conceição Alves Leite Pereira do Lago. - João Pessoa, 2022.

81 f. : il.

Orientação: José Carlos de Lacerda Leite.

Coorientação: Luciano Bezerra Gomes.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Atenção básica a saúde. 2. Saúde da família - Estratégia. 3. SUS. 4. PMAQ. I. Leite, José Carlos de Lacerda. II. Gomes, Luciano Bezerra. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, aos meus pais, Consuelo e João Carlos, por serem o alicerce na minha vida, a base de meus valores e por terem me ensinado a dar valor à educação, maior herança herdada de nossos pais. Dedico-o, ainda, ao meu querido filho Renato Davi, por ser o melhor e maior motivo pelo qual me fez ir mais além e ao meu esposo Gilton Lago, por toda a paciência e, principalmente, apoio nos momentos que mais precisei no desenvolvimento desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Concluir essa trajetória é a realização de um grande sonho, pois sempre estimei o mestrado acadêmico para minha carreira profissional. Os desafios foram imensos para a finalização deste ciclo, porém, não teria conseguido sem a colaboração de pessoas formidáveis, às quais agradeço imensamente.

Agradeço principalmente a **Deus**, pela minha vida, por me manter no caminho certo, permitindo-me ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da construção deste trabalho.

Aos meus pais, **Consuelo e João Carlos**, por todo o empenho designado na minha educação. Por acreditarem que eu seria capaz de superar os obstáculos da vida.

A minha querida irmã, **Elba Helaine**, pelo apoio e atenção prestados quando sempre precisei. Por confiar em meu sucesso e pelo apoio emocional. Obrigada por ser essa irmã companheira, fiel, amiga e amorosa.

Ao meu querido esposo, **Gilton Lago**, por todo o seu amor, paciência e por compreender meu esforço e dedicação a este trabalho.

Ao meu filho lindo, **Renato Davi**, a quem dedico em especial este trabalho, maior presente que Deus me deu na vida. Seu sorriso é a mais bela demonstração de um verdadeiro amor. Você é o maior motivo para continuar me esforçando cada vez mais em busca de meu crescimento.

Agradeço à minha família por todo o apoio que sempre me deram durante toda a minha vida.

Ao meu orientador, **José Carlos de Lacerda Leite**, pela acolhida no programa, pelas contribuições valiosas durante a construção deste trabalho, cuja dedicação, atenção e paciência durante o projeto, foram essenciais para a conclusão desta dissertação. Seus conhecimentos fizeram toda a diferença.

A meu coorientador, **Luciano Bezerra Gomes**, pelos ensinamentos, incentivo e apoio em todos os momentos.

Aproveito para agradecer também à Universidade Federal da Paraíba, em especial ao Programa de Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde pela qualidade do ensino oferecido, e a todos os docentes do meu curso pelos grandiosos conhecimentos compartilhados.

Agradeço aos funcionários da Universidade Federal da Paraíba, que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão do meu mestrado.

Aos colegas do Mestrado, meu muito obrigada por todo o apoio prestado durante esta caminhada.

A minha amiga **Hirla Araújo**, por sua dedicação que, por muitas vezes, deixou de lado seus momentos em família para me ajudar e orientar, com sua vasta experiência, durante todo o percurso deste mestrado.

A meus amigos, **Carmen Daniella Batista** e **Nuno Ricardo Tiene**. Sem eles, eu não teria participado da seleção deste mestrado.

A minha psicóloga, **Mônica Torquato**, pois não existem palavras para expressar minha gratidão. Obrigada por sempre me apoiar e acreditar em mim. Excelente profissional!

A todos os meus amigos que conquistei durante meu percurso na vida acadêmica, que compartilharam seus desafios na vida, sempre com espírito colaborativo e motivador.

À **Tamara Silva**, minha amiga, obrigada por segurar minha mão nos momentos difíceis, pelos cafés, conversas e gargalhadas que me mantiveram forte durante todo esse tempo.

E, por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha caminhada acadêmica e que, por limite de escrita, não foram citados.

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído em 2011, tendo como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos gestores da Atenção Básica (AB) acerca do repasse do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), e sua aplicação para obter qualidade na atenção básica, nos Municípios da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa transversal a partir de um estudo epidemiológico, no qual o fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. O estudo é um recorte de outra pesquisa intitulada 'Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: Análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil'. A base de dados da pesquisa foi construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde – GPECS da UFPB, a partir de questionário aplicado aos gestores da Atenção Básica dos Municípios do Estado da Paraíba. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. As variáveis e seus conceitos foram inseridos no software SPSS, versão **IBM® SPSS Statistics**, onde foram apreciados os dados, ressaltando a importância do ajuste das variáveis, a fim de melhor análise dos epílogos, pois foi trabalhado regressão logística, tendo como base um modelo binário. Os resultados demonstram que a maior parte do incentivo financeiro recebido pelo município é utilizada no repasse às equipes de saúde da atenção básica, como também na parte estrutural das UBS. Dentre as medidas aplicadas para a efetivação do repasse, destacaram-se a adoção do uso da avaliação externa como método para o repasse; o valor percentual aplicado sobre a remuneração mensal de cada profissional; o percentual entre 40% e 60% dos valores conferidos aos trabalhadores dentro de uma periodicidade semestral, destacando também, que o restante dos recursos é investido em condições melhores de trabalho; ajustes da estrutura das UBS; educação permanente, dentre outros. Assim, concluímos que a utilização da estratégia de pagamento por desempenho necessita que os gestores consigam motivar os trabalhadores para um maior comprometimento em prol da qualificação na ABS. No entanto, em geral, os trabalhadores estão preocupados em receber o repasse dos recursos do PMAQ como incentivo por seu desempenho, enquanto os gestores demonstram uma maior preocupação em utilizar os recursos para a compra de medicamentos e insumos.

Palavras-chave: SUS. Estratégia Saúde da Família. PMAQ. Atenção Básica.

ABSTRACT

According to the Ministry of Health, the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) was established in 2011 with the objective of encouraging managers and teams to improve the quality of health services. In view of the above, the objective of this study was to analyze the perception of Primary Care (AB) managers about the transfer of the financial incentive of the National Program for the Improvement of Access and Quality (PMAQ), and its application to obtain quality in primary care, in the municipalities of Paraíba. This is a cross-sectional research based on an epidemiological study, in which the factor and effect are observed in the same historical moment. The study is an excerpt from another research entitled 'Impacts of the PMAQ-AB on Primary Care: Analysis of the application of the financial incentive for performance to health teams in Brazil'. The research data base was built by researchers from the Research Group on Policy, Education and Health Care – GPECS at UFPB, based on a questionnaire Applied to managers of Primary Care in the Municipalities of the State of Paraíba. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. The variables and their concepts will be inserted in the SPSS software, version IBM® SPSS Statistics, where the data will be appreciated, emphasizing the importance of adjusting the variables, in order to better analyze the epilogues, as logistic regression will be worked, based on a model binary. The results show that most of the financial incentive received by the municipality is used in the transfer to primary care health teams, as well as in the structural part of the UBS. Among the measures applied to carry out the transfer, the adoption of the use of external evaluation as a method for the transfers stood out; the percentage value Applied to the Monthly remuneration of each professional; the percentage between 40% and 60% of the amounts granted to workers on a biannual basis, also highlighting that the rest of these sources are invested in better working conditions; adjustments to the UBS structure; permanent education, among others. Thus, we conclude that the use of the pay-for-performance strategy requires managers to be able to motivate workers to a greater commitment towards qualification in ABS. However, in general, workers are concerned about receiving the transfer of resources from the PMAQ as an incentive for their performance, while managers are more concerned about using these sources to purchase medicines and supplies.

Keywords: SUS. Strategy. Family Health. PMAQ. Primary Attention.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Tabela 1 -	Perfil dos profissionais entrevistados que participaram da pesquisa.	43
Tabela 2 -	Incentivo Financeiro destinado à equipe de profissionais de saúde da AB.	45
Tabela 3 -	Periodicidade do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB no 3º ciclo para as equipes.	47
Tabela 4 -	Porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica no 3º ciclo.	48
Tabela 5 -	Satisfação das equipes de atenção básica no 3º ciclo.	49
Tabela 6 -	Modelo de Regressão Logística para a Melhoria do Acesso aos Serviços de Saúde.	53
Tabela 7 -	Modelo de Regressão Logística para a Melhoria da Eficiência.	54
Tabela 8 -	Modelo de Regressão Logística para a Melhoria Nos Processos De Trabalho.	56
Tabela 9 -	Modelo de Regressão Logística para a Melhoria dos Resultados em Saúde.	58
Tabela 10 -	Modelo de Regressão Logística para a Melhoria na Satisfação do Usuário.	59
Tabela 11 -	Tabela de Contingência.	61
Tabela 12 -	Modelo de Regressão Logística para a Melhoria da Satisfação Profissional.	62
Tabela 13 -	Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Qualificação do Acesso a ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde.	64
Tabela 14 -	Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria da Eficiência na ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde.	64
Tabela 15 -	Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria	65

nos Processos de Trabalho da ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde.

Tabela 16 -	Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria nos Resultados em Saúde, segundo Gestores e Profissionais em Saúde.	65
Tabela 17 -	Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria da Satisfação do Usuário, segundo Gestores e Profissionais em Saúde.	66
Tabela 18 -	Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria da Satisfação Profissional, segundo Gestores e Profissionais em Saúde.	66
Figura 1 -	Elementos essenciais da APS.	27
Figura 2 -	Fases do PMAQ - 3º Ciclo.	35
Quadro 1 -	Programas que marcam o avanço do SUS.	17
Quadro 2 -	Organização do PMAQ – 1º e 2º ciclos.	34
Quadro 3 -	Preditores dos Modelos de Regressão Logística.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PMAQ-AB -	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AB -	Atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
ABS -	Atenção Básica de Saúde
MS -	Ministério da Saúde
EAB -	Equipes da Atenção Básica
PSF -	Programa de Saúde da Família
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS -	Centro de Ciências da Saúde
UFPB -	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Contexto Histórico da Saúde Pública Brasileira	20
3.2 Sistema Único de Saúde –SUS	21
3.3 Atenção Básica	24
3.4 Atenção Primária à Saúde – APS	25
3.4.1 Avanços e desafios do SUS	27
3.5 Crescimento do acesso qualidade da atenção básica pelo PMAQ	30
3.5.1 Modelo de organização do PMAQ	32
3.5.2 Pagamento por Desempenho do PMAQ	34
4 METODOLOGIA	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6. IMPLANTAÇÃO DO PREVINE BRASIL – NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA APS	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
BIBLIOGRAFIA	67
APÊNDICE 1 - Organização das variáveis	74
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79
ANEXO B - TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE	81

1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 8080, assinada em 19/09/1990, dispõe das condições pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde, oportunizando uma organização e funcionamento dos setores equivalentes, o que realmente vai instituir o que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segundo Vaicava (2018), a Lei supracitada, tem como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; integralidade e igualdade na assistência; participação da comunidade; e, descentralização político-administrativa.

Ainda a lei de 1990, de nº 8.142, entre outras deliberações, dispôs a respeito da participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo atividades como as Conferências e os Conselhos de Saúde, reforçando a defesa da participação social como um ponto relevante e importante levantada desde a proposta pela Reforma Sanitária.

O Brasil, após o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, se tornou o país com o maior sistema público de saúde de assistência integral e baseado em princípios como os da universalidade, além da equidade e da integralidade (DUARTE et al., 2018).

Possuindo um sistema de saúde pública de maior destaque mundial, o SUS vem contemplando desde os atendimentos mais simples, como investigação e acompanhamento da pressão arterial, assistência prestada desde a atenção primária até a prestada nos transplantes de órgãos, mantendo a garantia da integralidade e universalidade do acesso, bem como, serviço disposto à toda população. A atenção integral direcionada à saúde, além dos cuidados assistenciais faz parte do direito constitucional de todos os brasileiros, focando na qualidade de vida, atentando para a prevenção e promoção da saúde, a partir do período gestacional e estendendo-se por toda a vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Apesar dos problemas relacionados ao SUS, Duarte et al. (2018) abordam que este, desde muito tempo, é considerado um sistema imprescindível para a vida de toda população brasileira, uma vez que permite garantias de muitos direitos no que tange à saúde.

Conforme Almeida (2013), cinco temas são considerados pertinentes dentro do atual cenário da saúde, sendo eles:

- Doenças crônicas não transmissíveis, destacadas como distúrbios cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, patologias renais crônicas, casos de câncer, dentre outras;
- Doenças transmissíveis, destacando-se Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tuberculose, hanseníase, gripe, dentre outras;
- Condições de vida alteráveis como, por exemplo, etilismo, tabagismo, dislipidemias,

obesidade, deficiência de nutrientes presentes em frutas e hortaliças, sedentarismo;

- Dependente químico e usuários de drogas lícitas e ilícitas;
- Fatores externos.

No que tange a assistência à saúde, foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994, hoje se configurando como “Estratégia de saúde da Família (ESF)”, sendo que cada equipe de Saúde da Família, deve acompanhar, conforme o recomendado, 3.000 pessoas em média. Contudo, o número pode chegar ao máximo de 4.000 pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Giovanella (2021), enfatiza o aumento na cobertura de moradores na ESF, que em 2013 obteve um percentual de 56,1% e, em 2019, 62,2% da população, incluindo mais de 18,7 milhões de moradores, correspondendo a um aumento proporcional de 11,6% em seis anos.

Com a expansão da ESF, observou-se alguns resultados positivos, podendo destacar a redução da mortalidade infantil, através do modelo brasileiro de atenção primária à saúde de orientação à comunidade, redução do número de internações advindas das condições sensíveis à atenção primária e redução da mortalidade causadas principalmente por doenças cardiovasculares (GIOVANELLA, 2021).

O Ministério da Saúde, 2013, descreve ainda que, no que tange a gestão de ações e serviços de saúde voltada ao atendimento da população, há a necessidade de existir solidariedade e participação ativa entre as três entidades federativas, que consiste na União, os Estados e os municípios.

Embora 1980 foi marcado por êxitos no âmbito da democracia, a economia foi transposta pela conjuntura de crise interna e externa, pela dificuldade na construção de um modelo político econômico com impacto positivo, pela minúcia da dívida externa, assimetria na estruturação de renda e pela detonação de juros e taxas inflacionárias. Visando almejar o avanço econômico no país, o modelo contextualizado da crise gerou uma abertura para que as medidas de ajuste neoliberal fossem apresentadas como solvência, pois o neoliberalismo no Brasil para adentrar a política econômica e social, “encontra solo fértil” (BORLINI, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) evoluiu consideravelmente ao longo dos anos, especialmente na oferta de serviços, destacando, dentro desse contexto histórico, a importância da Saúde da Família (SF), sendo o causador do avanço da APS no Brasil. Considerada uma magnitude dessa Política, hodiernamente apontada como exemplo de sucesso mundial. A evolução da ESF favoreceu, significativamente, a queda de mortalidade decorrente de causas diversas e morbidade no País. Dentre as mudanças, evidencia-se uma redução de Mortalidade Infantil (MI) no Brasil, caindo de 61,7%, no intervalo de 20 anos, registrando 52,04 mortes por mil nascimentos em 1990 para 19,88 por mil em 2010, resultados esses, adquiridos através

de ações realizadas pela ESF, como ampliação de acesso aos serviços de saúde, maior cobertura no atendimento de pré-natal, ampliação de vacinas, tendo uma atenção melhorada, o avanço no aleitamento materno e a conscientização sobre sua importância, bancos de leite humano com mais visibilidade e a licença maternidade avançada (MACINKO, 2018).

Considerada o primeiro contato do usuário com o SUS e do centro articulador com toda a Rede de Atenção do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o modelo de atenção em saúde que objetiva intervenções com o intuito de promoção e cuidado com a saúde, intervenções precoces, o diagnóstico, tratamento e reabilitação, minimizar prejuízos, assim como, conservação da saúde com o intuito de planejar uma atenção integral que cause impacto positivo dentre as coletividades na situação de saúde (SAPS).

Em 2006, foi publicada via governo federal a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo principal de estabelecer diretrizes organizacionais que viabilizem os princípios propostos pelo Pacto pela Vida em defesa do SUS e de Gestão e expansão nacional da ESF (GOMES et al., 2017, p. 2).

As ações de promoção e proteção da saúde evidenciam certos programas obtidos pelo SUS que necessitam ser analisados a partir dos serviços prestados e resultados gerados a partir do que se é ofertado em termo de saúde (GUIDINI, 2012). Completando 31 anos de história em setembro de 2021, desde sua criação, a Lei nº 8.080/1990, fortaleceu-se durante o período pandêmico, mas os obstáculos ainda são evidentes quando se trata de sua principal proposta, que é a universalização de saúde no país. Assim, considerando os avanços obtidos pelo SUS, destacam-se alguns programas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Programas que marcam o avanço do SUS

Programa de Saúde da Família	Com uma evolução em seu número de equipes, sendo esta destacada por um avanço estatístico no período de 1994 a 2006, passando de 300 para 26 mil equipes, existe hoje, neste contexto, uma cobertura de 78,6 milhões de habitantes, ou seja, 44,4% da população brasileira.
Exames por imagem	Foram acrescidos em relação aos exames realizados por mil habitantes um percentual de 43,43%, sendo estes caracterizados por 215,23 em 1995 para 308,69 em 2004.
Procedimentos de Hemodiálise	Evoluíram de 21,7 por mil habitantes em 1995 para 44,3 por mil habitantes em 2004, obtendo um avanço de 104,15% no período.

Saúde mental	Entre os anos de 1995 e 2004, as internações hospitalares caíram 46,43% e identificou um acréscimo de 765,67% voltados para atendimentos atrelados ao ambulatório psicossocial, conferindo um resultado positivo no que se refere à política nacional de desospitalização e humanização da atenção aos portadores de sofrimento mental.
Programa Nacional de Imunizações (PNI)	Presente no setor saúde há 33 anos, o PNI erradicou a febre amarela e a varíola, não tendo registros também de casos novos de poliomielite no país.
Sistema Nacional de Transplantes	É o maior programa público de transplante, instituído desde 1997 e que envolve 555 estabelecimentos de saúde, presentes em 23 estados e contando com 1.376 equipes.
Programa de Controle do HIV/Aids	Por se tratar de um programa de referência internacional, envolvendo o tratamento e prevenção do paciente, 150 mil internações terapêuticas foram impedidas no ano de 2004, em detrimento do desfecho das intervenções terapêuticas. O gasto estimado com 180 mil enfermos, foi, em média, de 850 milhões de reais no ano de 2005.
Mortalidade Infantil	A queda da mortalidade infantil se fez presente entre o período de 1997 a 2003, apresentando-se com 31,34 óbitos de menores 1 ano por mil nascidos vivos para 24,11.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2019.

Conforme o Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído em 2011, objetivou incentivar os gestores e as equipes a aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde. Para isso, as estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde são recomendadas com o intuito de atingir melhora no padrão de qualidade relacionada ao atendimento. Em 2015, iniciou-se o 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica que se encontram em conformidade com a PNAB.

Ressalta-se ainda que, no ano de 2019, ocorreu a extinção do PMAQ, prevalecendo o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, se configurando como o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde.

Apresentando-se com um novo formato de financiamento para Atenção Primária, durante a transição entre os modelos de financiamento, o Previne Brasil favorece o incentivo de pagamento por desempenho, avançando na condução de sua proposta, destacando o pagamento por desempenho, a partir de janeiro de 2021, que respeitará o resultado do alcance dos indicadores por município para conduzir com o valor do pagamento. Com essa nova proposta, os serviços da Atenção Primária que desempenham suas atividades dentro da conformidade, apresentarão melhor qualidade, sendo recompensado pelo trabalho realizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Este estudo corresponde a um recorte da pesquisa ‘Análise da utilização do incentivo financeiro do PMAQ-AB sob a ótica do gestor municipal’, desenvolvida por pesquisadores do Grupo de Estudo do PMAQ, do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Considerando que o PMAQ é um programa comparativamente atual e de vasta significância, e que o trabalho supramencionado avaliou o modo como tem sido utilizado os recursos financeiros advindos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica a partir da concepção dos gestores do estado da Paraíba a evolução do PMAQ durante a transição do 1º para o 2º ciclo, organizado em quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização e o 2º para o 3º, onde ocorreram mudanças, passando para três fases: Adesão e Contratualização; Certificação; Recontratualização, atravessadas pelo Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, mostrando assim, evolução dos ciclos do PMAQ (CAVALCANTI et al., 2020), objetivou-se com o trabalho, enfatizar o 3º ciclo, em conjunto com a opinião do gestor em relação à melhoria da qualificação na ABS para os dados do ciclo em questão, levantando a opinião dos gestores de cada município do Estado da Paraíba.

Buscou-se com esta pesquisa, analisar a percepção dos gestores da AB acerca do repasse do incentivo financeiro do PMAQ, e sua aplicação para obter qualidade na atenção básica, nos Municípios da Paraíba. Em realidade, o estudo vem contribuir com uma lacuna no conhecimento dos efeitos do PMAQ como sistema de pagamento por desempenho.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a percepção dos gestores da AB acerca do repasse do incentivo financeiro do PMAQ, e sua aplicação para obter qualidade na atenção básica, nos Municípios da Paraíba.

Objetivos específicos

- Identificar possíveis melhorias de qualidade na atenção básica em saúde que foram apontadas pelos gestores como resultado da utilização dos recursos do PMAQ.
- Investigar a periodicidade do repasse do PMAQ às gestões da atenção básica;
- Evidenciar as variáveis que influenciaram no desfecho para a melhoria da qualidade na ABS;
- Avaliar a associação entre as percepções de gestores municipais e trabalhadores em saúde quanto ao uso dos recursos do PMAQ para a qualificação na ABS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Contexto Histórico da Saúde Pública Brasileira

Registrada por repetidas reorganizações administrativas e produções de diversos preceitos, destaca-se a História da Saúde Pública no Brasil, com ações sem muita relevância no que diz respeito à organização institucional, desde a formalização da colônia até a década de 1930 (BRASIL, 2017).

A saúde prestada à população brasileira inicialmente tinha seus atendimentos no modelo filantrópico, com a assistência realizada pelas instituições e médicos beneficentes. Além das atividades citadas, eram realizadas, em detrimento das epidemias, práticas voltadas para vacinações e saneamento básico, evidenciando a vacinação contra varíola, que ocorreu em formato de campanha no Rio de Janeiro, entre o final do século XIX e início do XX (CARVALHO, 2013). Além disso, Fernandes (2019), acentua o papel das instituições religiosas como as Santas Casas de Misericórdia que realizavam atendimento à população voltados para atenção à saúde e, o Estado, intervenções com necessidade emergencial.

Posterior a esse movimento, a lei Eloy Chaves, publicada por meio do decreto n. 4. 682 de 24 de janeiro de 1923, representou a base para o avanço da previdência no Brasil, iniciando as Caixas de Aposentadorias e Pensão – CAP na qual a organização se configurava entre empresa e empregado, operando em regime de capitalização. Após diversos impasses desse regime, e já no ano de 1930, o até então Presidente Getúlio Vargas paralisou as CAPs e fez uma substituição dessas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP, centralizados no governo federal, sendo nesse contexto que a associação deixou de ser por empresas e passou a ser por categorias profissionais (FERNANDES, SOUSA, 2020).

Com as discussões relacionadas à saúde pública no Brasil, as diversas ações de saúde foram intensificadas, juntamente com a criação de uma comissão de elaboração do sistema previdenciário, onde a intenção era então unificar os IAPs em um sistema único. Assim, em 1966, foi gerado a partir dessa premissa, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Depois desse marco, diversos atores sociais, profissionais de saúde, movimentos de estudantes e sindicais e lideranças políticas deram início a um debate relacionado a saúde pública para todos, independentemente do padrão empregatício (BRASIL, 2015).

Em Brasil (2017), levanta-se informações de que os sanitaristas obtiveram um papel fundamental durante o movimento pela redemocratização do país, em que aumentaram os princípios pela reforma da sociedade brasileira. No contexto da saúde, a democratização dilatou-se no movimento direcionado à Reforma Sanitária, enaltecendo suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, proporcionando eixos para a construção do Sistema Único de Saúde.

Foram anos de lutas, marcados especialmente pela necessidade de um sistema de saúde mais igualitário e universal, em que sua organização pudesse se pautar nos princípios participativo e de transparência, por meio especialmente da elaboração de políticas públicas voltada a população. Além disso, havia a necessidade de políticas voltadas para formação profissional, gerenciamento, fiscalização, investimentos de recursos e a participação da comunidade, garantindo a existência de um sistema único, integral e ofertado a atender as demandas e necessidade em saúde pública do povo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Inicialmente, a evolução da saúde pública no Brasil foi dificultada por diversos fatores que se tornaram entraves para evolução plena e funcionamento do SUS, sendo caracterizada principalmente pelo despreparo do setor público, a falta de integração dentro da rede, dificuldade de recursos humanos, especialmente médicos, baixa remuneração, baixa inserção popular e dificuldade de planejamento em saúde (FERNANDES, SOUSA, 2020).

A saúde pública do Brasil passou por constantes mudanças em sua conjuntura, que trouxeram benefícios no que tange a assistência as demandas de saúde da população. Foram muitos anos de luta em prol de uma causa que pudesse beneficiar a todos, principalmente fomentando a elaboração de políticas públicas visando a garantia de direito dos cidadãos. A Reforma Sanitária e o surgimento do SUS marcam uma nova história da saúde pública brasileira, enfatizada principalmente pelo desejo de mudança a partir do desejo de melhoria dos movimentos sociais, estudantis e políticos (CARVALHO, 2013).

Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde é compreendido como instrumento de cuidado integral, universal, descentralizado, com equidade, que envolve a participação dos usuários e a organização dos serviços, sendo estes regionalizados e hierarquizados que compõem a

constituição federal, são compreendidos a partir de princípios e diretrizes do SUS que, desde o final da década de 70, encontravam-se forjados no interior de um processo de luta presa pelo movimento da Reforma Sanitária. O movimento supracitado engrenou os princípios que deveriam conduzir a construção de um sistema de saúde, contextualizando-se em elementos centrais do que nomeamos de princípios e diretrizes do SUS (MATTOS, 2009).

O movimento da Reforma Sanitária surgiu da luta de diversos atores sociais contra o regime militar e outras inconsistências voltadas à saúde no Brasil. O marco da Reforma Sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 cujo relatório final serviu de subsídio para elaboração dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e Criação do SUS, considerado o maior movimento de inclusão social da história e garantindo direito de acesso a saúde a todos os cidadãos (PAIM, 2018).

De acordo com Ministério da Saúde (2013), a solidariedade e participação entre as três unidades federativas: a União, os Estados e os municípios, devem estar presentes entre a gestão das ações e de serviços de saúde. Por ser ampla, a rede que tece o SUS, compreende tanto ações quanto assistência prestada na urgência e emergência, a atenção hospitalar, atividades que envolvem a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental quando diz respeito a ações e serviços e assistência farmacêutica.

Os princípios e diretrizes do SUS dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) esteja baseada na distribuição de habilidades entre a União, os estados e os municípios, cabendo conjuntamente, às três esferas administrativas, definir:

- Instrumentos avaliativos e de controle dos serviços de saúde,
- Analisar o nível de saúde da população,
- Gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros,
- Implementar políticas de recursos humanos,
- Realizar o planejamento de curto e médio prazo,
- Promover a articulação de políticas de saúde e outras ações.

A garantia do direito à saúde é de responsabilidade dos gestores do SUS, cabendo-lhes o dever de executar a política de saúde, de modo a garantir a toda a população a utilização do mesmo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao SUS são três, a universalidade sendo o primeiro, está ligado a garantia do direito à saúde a todos os brasileiros, sem discriminação de sexo, raça, ocupação profissional ou outras características pessoais ou sociais.

O segundo princípio é a integralidade, que resumidamente diz respeito a entender o

indivíduo como um todo, uma vez que existem vários aspectos que são integrados na saúde dos indivíduos e sua coletividade, sendo que esses princípios orientaram a expansão e qualificação das ações e saúde. O terceiro princípio é o da equidade, que é complementar a igualdade, porém esse princípio qualifica a igualdade, relacionando o direito à saúde às necessidades distintas, tratando desigualmente os desiguais (BRASIL, 2015).

As diretrizes organizativas do SUS buscam garantir um melhor funcionamento dos sistemas, dentre elas a descentralização, hierarquização e regionalização. Todos esses instrumentos têm como principal intuito a garantia dos direitos e oportunizar que o SUS seja realmente um instrumento que viabilize ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em busca de uma atenção integral (BRASIL, 2017).

É indiscutível a constatação de que o acesso aos serviços de saúde melhorou consideravelmente após a criação do SUS, estudos demonstram que antes da criação do SUS apenas 8% da população, ou seja, 9,2 milhões de pessoas afirmavam ter acesso ao serviço de saúde, enquanto em 2008 14,2% da população relatava utilizar o serviço público de maneira frequente, o que representa um aumento significativo no número de usuários do SUS. Um dos principais pilares do SUS é a descentralização das funções, onde o comando é único em cada esfera do governo, seja ela federal, estadual e municipal, o que vai facilitar a gestão direcionada à atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica (GOMES, 2016).

O SUS tem sua organização dividida em eixos, que vai levar em consideração o nível de assistência prestada a população e dividindo-se em Atenção Primária à Saúde – APS, Atenção Secundária e Atenção Terciária. No caso das APS sua assistência é operacionalizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS em 1994. Já a atenção secundária e terciária à saúde é relativa aos serviços prestados por instituições hospitalares, policlínicas, Programas de Urgência e Emergência – SAMU e UPAs e outros serviços ofertados a demandas curativa e de recuperação da saúde (PAIM, 2018).

Com a constituição e implantação do SUS, evidencia-se um aumento do acesso à saúde por parte da população, atingindo cobertura universal para vacinação e assistência pré-natal. Aumentou também as medidas preventivas, conscientização da população e serviços que trabalham com saúde mental e saúde do trabalhador. Grandes avanços marcaram o Brasil desde a Reforma Sanitária, especialmente relacionadas às inovações institucionais, promoção da participação social no contexto da saúde e políticas de saúde. No entanto também se assume que na atualidade há um esforço negativo que é perceptível e tem como objetivo o desmonte do SUS, marcando um retrocesso da consolidação política e orçamentária da saúde, fato este comprovado pela aprovação do congelamento dos recursos financeiros por vinte anos (SALES

et al., 2019).

Atenção Básica

Com a criação do SUS, houve diversas mudanças no modelo de atenção à saúde, especialmente relacionado à política gerencial, onde se instituiu novos instrumentos de organização baseados nos modos de organizar ações e dispor os meios técnicos científicos para intervir sobre problemas de necessidade de saúde individual ou coletiva. No processo de reestruturação e fortalecimento dos sistemas públicos de saúde, a atenção básica tem papel de protagonista, uma vez que este serviço é porta de entrada do SUS e possibilita o atendimento multidisciplinar, o cuidado integral e humanizado (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A política Nacional de Atenção Básica – PNAB, foi instituída no Brasil como algo complexo, porém, que objetivou buscar acesso universal aos serviços de saúde, desenvolvendo um cuidado integral e baseado em princípios de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Em setembro de 2017 a PNAB, reafirma seus princípios instituídos em 2006 e 2011, propondo mudanças significativas na modalidade e na composição das equipes de saúde. É importante referenciar que esta política foi concebida a partir da Alma-Ata, como fonte de oferta de cuidados primários essenciais, fundamentados em tecnologias e programas voltados aos cuidados em saúde (ALMEIDA et al., 2018).

A Atenção Básica tem como principal objetivo buscar acesso universal e a proteção social em saúde, produzindo respostas relacionadas à necessidade e expectativas das pessoas em relação ao conjunto amplo de riscos de doenças, promovendo ainda comportamentos e estilos de vida saudável e minimizar danos sociais e ambientais sobre a saúde. As atividades desenvolvidas na Atenção Básica devem ser cumprida por uma equipe multiprofissional em Unidades Básicas de Saúde distribuídas em territórios definidos, com a missão principal de facilitar o acesso e possibilitar o uso apropriado de diversas tecnologias voltadas à saúde (CECILIO; REIS, 2018).

O projeto da atenção básica tem como característica marcante sua complexidade, especialmente em detrimento das suas generosas e audaciosas diretrizes contidas na PNAB e na Política Nacional de Humanização do SUS – PNH HumanizaSus, onde uma de suas propostas é tornar a atenção básica como centro de comunicação e regulação das redes de atenção à saúde. Este serviço é o primeiro nível de atenção da rede hierarquizada e se organiza em complexidade crescente, abrangendo ações de promoção e prevenção da saúde e sempre priorizando o trabalho em rede, também sob a perspectiva substancial da participação e do protagonismo da sociedade (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A atenção básica como eixo estruturante do SUS tem vivido nos últimos anos um momento especial ao ser considerado como uma das prioridades do Ministério da Saúde. O acesso e o acolhimento de qualidade têm sido defendidos como uma das principais características e prioridades da atenção básica, onde a expectativa entre esses interesses possam confluir no sentido de efetivação de uma PNS acessível e resolutive, fortalecendo o SUS e suas diversas estratégias de saúde (BRASIL, 2013).

Brasil (2013) enfatiza em seu discurso que o serviço primário de atenção à saúde considera o sujeito em sua singularidade, respeitando sua subjetividade e atendendo suas demandas de saúde de maneira integral. A nova política que articula a atenção básica possibilita importantes iniciativas do SUS, como ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde. Os serviços de atenção primária nos últimos tempos disponibilizam Unidades Básicas de Saúde – UBS mais amplas e com melhores condições de atendimento e de trabalho, possibilitando o atendimento de mais sujeitos populares dentro de suas necessidades de atenção à saúde.

Atenção Primária a Saúde - APS

A APS, segundo Mendes (2015), surgiu através de movimentos que ocorreram em meados dos anos XX e final dos anos LXX. Destacam-se entre os movimentos, a criação do Serviço Nacional do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista, iniciando o serviço de medicina de família e comunidade, sendo estes, um dos principais da história. Diante deste e de outros movimentos ocorridos em meados dos anos 60, como por exemplo, a saúde materno-infantil, a publicação do estudo sobre saúde e tabaco pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos, o surgimento de uma liderança forte na direção da Organização Mundial da Saúde, o Dr. Halfdan Mahler, dentre outros, propiciou a institucionalização da APS, ocorrendo na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978.

A conferência de Alma-Ata definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019, p.7).

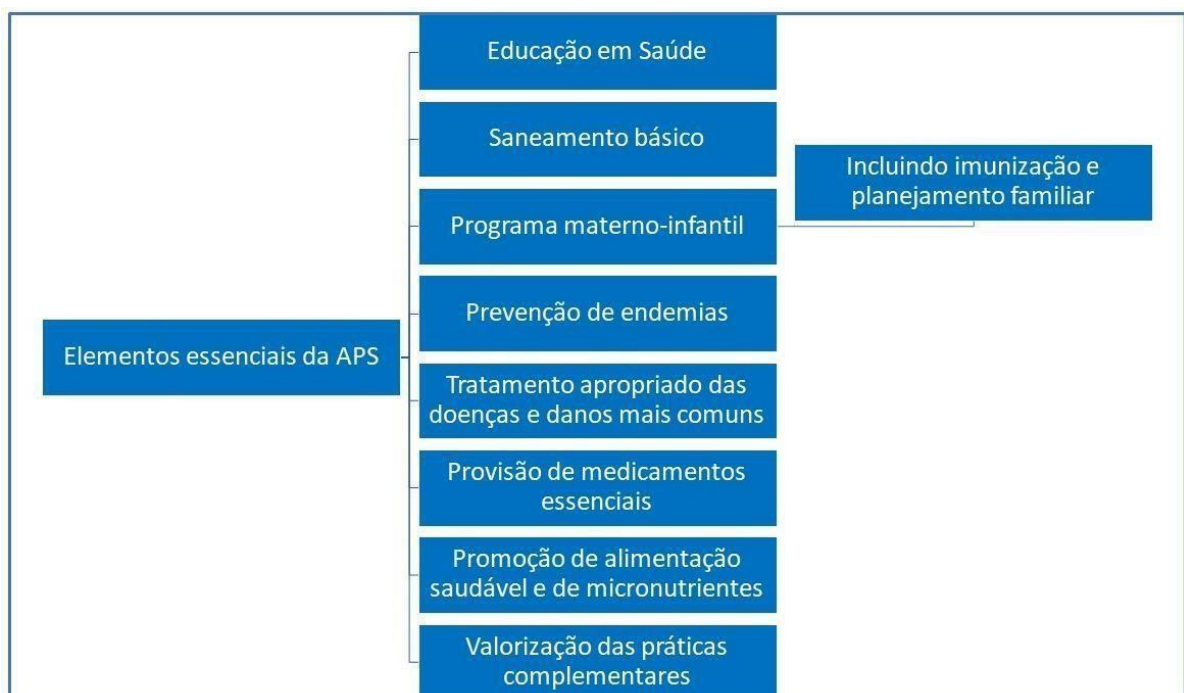
O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), informa que a APS é declarada como um alicerce dos sistemas de saúde, evidenciado pelo impacto na saúde e no aumento da população nos países que apoiaram no modelo para seus serviços de saúde:

- Melhores indicadores de saúde,

- Maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema,
- Tratamento mais efetivo de condições crônicas,
- Maior eficiência do cuidado,
- Maior utilização de práticas preventivas,
- Maior satisfação dos usuários e
- Diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde.

Com a definição explanada pela conferência de Alma-Ata, Mendes (2015) ressalta que a APS obteve alguns elementos essenciais como:

Figura 1 – Elementos essenciais da APS



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

Gomes *et al* (2020), enfatizam que, em 1994, constituindo o principal mecanismo utilizado para aumento da cobertura da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, foi deliberado o Programa Saúde da Família (PSF), esmerado nos anos seguintes como Estratégia de Saúde da Família (ESF). No intuito de apoiar o processo de descentralização do sistema, até 2006, a APS era regida por diversas portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), por meio de incentivos financeiros aos municípios e estados brasileiros.

Na saúde, a tomada de decisão às demandas dos gestores, justifica-se a partir dos resultados das avaliações, na busca da melhoria de acesso e qualidade da atenção, dentro de um contexto de permanentes mudanças epidemiológicas, bem como de crise das finanças públicas, que exige um maior e melhor direcionamento e utilização adequada de recursos (CHAMPAGNE *et al.*, 2016).

Contudo, destaca-se que para um processo avaliativo ser considerado consistente, necessita abranger uma análise detalhada acerca dos indicadores e percepções de experiências variadas do fenômeno investigado. A finalidade é de obter um olhar ampliado, para que não haja uma limitação de compreensão ou informações unilaterais, desviando assim o potencial de transformação que a avaliação pode conter, podendo interferir na tomada de decisão a ser feita (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; TANON, 2016).

Segundo Champagne *et al.* (2016), as avaliações de programas denotam-se por uma sondagem sistemática de informações referentes às atividades realizadas nos serviços, bem como seu funcionamento e resultado de programas, vislumbrando aprimorar a eficácia do serviço prestado e, por consequência, a possibilidade de decisão para novas propostas.

Donabedian (1978) e Harzheim *et al.* (2018) referem que as avaliações de serviços contemplam também questões relativas ao desempenho técnico dos profissionais de saúde, visando potencializar os benefícios, minimizando os riscos e aprimorando as experiências entre gestor, equipe de saúde e usuários, no intuito da melhoria da qualidade da assistência. No âmbito da atenção básica, a avaliação da qualidade tem sido bastante almejada e discutida. Neste contexto, sua aplicação envolve o conhecimento de todos os atores envolvidos, acerca dos problemas de saúde da população e suas especificidades, de acordo com cada território. Consideram-se todas as demandas, desde diagnóstico, a, por exemplo, o manejo clínico, prevenção de enfermidades e promoção da saúde, assim como os recursos adequados para o desenvolvimento da prestação do serviço.

3.4.1 Avanços e desafios do SUS

Atualmente, o consumidor adotou uma postura onde a exigência pelo desempenho confiável de produtos e serviços prestados, com ausência de falhas e sem tolerância de tempo, sendo estas, afetadas pela globalização e a busca pela qualidade (VOLPATO *et al.*, 2017).

Sendo bastante utilizado nos dias de hoje, o termo qualidade, para Savassi (2012) nem sempre é possível transmiti-lo com clareza e com o objetivo almejado, em detrimento às variadas formas que existem em suas definições. Em Facchini (2018), aborda-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem tido um desenvolvimento acentuado após a avaliação realizada no contexto de avanços e lacunas presentes na Atenção Primária à Saúde (APS) nos últimos 30 anos, pois foram produzidas evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade. Foram utilizados modelos conceituais e metodológicos criteriosos e reconhecidos internacionalmente, onde as pesquisas de formato avaliativo no Brasil, alavancaram o conhecimento sobre a ESF, contextualizando uma abordagem sobre a qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim, o conceito de qualidade do

cuidado é ocupação complexa e fundamental no contexto avaliativo de políticas e intervenções em APS.

Para Volpato (2017), a qualidade expressa satisfação dos usuários, requerendo demandas específicas e uma avaliação própria do que é cedido, fazendo com que o critério de boa ou má qualidade pode diferenciar entre um e outro. Contudo, diante da complexidade existente no quesito qualidade de serviços, definições mais pontuais se fazem necessárias. Com isso, Volpato ainda ressalta, que a qualidade está direcionada ao processo pelo qual produtos ou serviços são materializados e sendo este bem finalizado, o produto, consequentemente, obterá qualidade.

Vale ressaltar que, além da preocupação com a compatibilidade dos estabelecimentos de saúde para o diagnóstico e controle de patologias, os serviços de saúde que mantêm a alta qualidade, prezam também pela compatibilidade dos serviços que previnem doenças futuras e realizam promoção na saúde (SAVASSI, 2012).

A população brasileira tem se beneficiado com o avanço dos serviços oferecidos pela AB, obtendo maior acesso a ações de saúde disponibilizado pelo PSF. Entretanto, igualmente ao SUS, os desafios enfrentados são ainda visíveis, destinando a problemas relevantes e complexos que tem sua resolubilidade progressiva, visando maiores avanços em direção à sua qualificação (CAVALCANTI, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), entre o conjunto de iniciativas desenvolvidos pela Atenção Primária à Saúde, destacam-se:

- Estratégia de Saúde da Família

Visando um novo formato organizacional na atenção básica no País, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, pois tem a finalidade de oferecer um novo direcionamento voltado ao processo de trabalho, potencializando e aperfeiçoando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, sendo mais resolutiva e impactando diretamente na saúde do indivíduo e comunidade, atingindo um melhor custo-benefício (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]).

Massuda (2020), destaca que a ESF quando implantada, viabilizou a melhoria no aumento da cobertura de atividades desenvolvidas pela APS no território brasileiro. Dentre as melhorias, destaca-se que, entre 1998 e 2018, a ESF foi acolhida por mais de 95% dos municípios brasileiros, tendo um aumento também em sua equipe, passando de 2 mil para 43 mil, dando cobertura a cerca de 130 milhões de pessoas, ou seja, 62,5% da população.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada a porta de entrada para o Sistema

Único de Saúde (SUS), oferecendo atenção integral, equânime e contínua. Busca-se com a ESF viabilizar a qualidade de vida da população brasileira e realizar intervenções nos fatores que colocam a saúde em risco, como ausência de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros.

A equipe que compõem a ESF é multiprofissional, sendo ela formada por:

- Médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem e;
- Agentes comunitários de saúde (ACS).

A ESF realiza atribuições essenciais, desempenhadas pela equipe de Saúde da Família, como as descritas abaixo:

- Obter um conhecimento acerca da real situação das famílias pela qual acompanham, bem como, perceber as questões de saúde comumente encontradas e exposição à riscos aos quais a população está inserida;
- Praticar procedimentos de vigilância à saúde e epidemiológica, considerando a qualificação de cada profissional, variados ciclos da vida;
- Promover a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, vislumbrando a promoção a saúde através educação sanitária;
- Realizar intervenções coordenadas por instituições e união com organizações formais e informais presentes na sociedade para juntos solucionar os problemas existentes;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Estimular a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

- Programa Saúde na Hora

Em maio de 2019, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde lançava o Programa Saúde na Hora, tendo vivenciado, em 16 de março de 2020, modernizações com a divulgação da Portaria nº 397/GM/MS. O prolongamento de horário de funcionamento, das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem sido financiado pelo programa, favorecendo assim, a possibilidade de adesão em quatro tipos de modelos de performance:

- USF com 60 horas semanais;
- USF com saúde bucal, enquadrada com 60 horas semanais;
- USF com saúde bucal, com 75 horas semanais e;
- USF ou UBS com 60 horas semanais.

Além das possibilidades citadas, o programa também oferece:

- Ofertar ações de saúde em horários mais flexíveis para a população, como horários noturno e do almoço;
- Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, da Atenção Primária à Saúde e do cuidado em Saúde Bucal nos municípios e Distrito Federal;
- Fortalecer a gestão municipal e do Distrito Federal na organização da Atenção Primária;
- Reduzir custos em outros níveis de atenção;
- Investir mais recursos da União para Atenção Primária à Saúde;
- Diminuir filas em serviços de urgência e emergência hospitalares;
- Dar suporte aos municípios e Distrito Federal para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional causada pelo novo agente coronavírus (2019-nCoV).

- **Médicos pelo Brasil**

O Governo Federal, com apoio de estados e municípios, criou o Programa Mais Médicos (PMM), com o intuito de melhorar o atendimento prestado aos usuários do SUS.

Entre as oportunidades que o Programa oferece, destacam-se:

- Resolutividade do atendimento básico de emergência ao cidadão,
- Elaboração de uma conjuntura de modo a garantir a progressão de um atendimento capacitado para os que fazem uso rotineiramente do SUS;
- Estimular avanços na qualidade e humanizar o atendimento, em parceria com médicos que adquirem conexão com seus pacientes e com a população.

Crescimento do acesso e da qualidade da atenção básica advindos do PMAQ

Flôres (2016) em seu estudo, destaca um cenário de saúde pública brasileira que tem apresentado mudanças em diversas influências sociais, políticas e econômicas vivenciadas ao longo de décadas. Com base na perspectiva de melhoria do SUS, o governo federal, na necessidade de ampliar o acesso e a qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), apresentou em 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, objetivando atingir um nível de qualidade semelhante em todas as regiões do País. Baseando-se por Soares (2020), cabe às equipes da AB, a decisão na aderência do programa. O PMAQ foi eleito mundialmente um dos maiores programas direcionados a remuneração por desempenho na Atenção Primária à Saúde, tendo mais de 100 milhões de usuários abrangidos (MASSUDA, 2020).

O PMAQ-AB é uma estratégia inovadora do SUS que busca estabelecer uma cultura de análise, avaliação e intervenção dotando e incentivando as equipes de atenção básica – EqAB, a capacidade institucional para promover mudanças nas práticas de serviço de saúde, e principalmente ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população, estimulando que o foco seja voltado ao sujeito, a partir da indução financeira com repasses de recursos vinculados ao desempenho dessas equipes no que diz respeito a atenção à saúde (CHAVES et al., 2018).

Embasado no entendimento de Rocha *et al.* (2019) este discorre que o setor de avaliação do PMAQ é uma equipe de atenção básica, levando em consideração também que a discussão e alcance de melhoria contínua do processo de trabalho é parte fundamental e indispensável para atingir o objetivo do programa, torna-se indispensável obter um olhar com maior acurácia para as formas como essas EqAB planejam os múltiplos processos de trabalho que dão concretude ao serviço na AB.

Na busca da efetividade do PMAQ-AB nos municípios do Brasil, Flôres (2018) reforça a importância de uma gestão pública de qualidade, sendo esta, definida como um processo que cria políticas sanitárias, designam programas que favorecem estas políticas, fornecendo também, recursos, bem como, fiscalizando e avaliando programas e ações direcionadas à saúde. Com isso, para obter ações que resultem em qualidade dos serviços, faz-se necessário que a gestão municipal de saúde, planeje, acompanhe e avalie todas as ações voltadas aos serviços de saúde, garantindo a atuação eficaz dos gestores.

A avaliação externa do PMAQ permite examinar em longa escala a dimensão do sistema de saúde relacionada principalmente a garantia do acesso, identificando de maneira mais fidedigna as ações executadas na atenção básica no SUS, e, principalmente, intensificar a integração das equipes à rede assistencial. É importante compreender diante de um programa de incentivo das equipes da AB, a necessidade do desenvolvimento dos mecanismos de coordenação e cooperação entre os provedores assistenciais, para possibilitar especificamente uma gestão eficiente com uso dos recursos coletivos no exercício da interdisciplinaridade no alcance do cuidado integral (CHAVES et al., 2018).

Modelo de organização do PMAQ

O programa está organizado em três ciclos, dividindo-se também em fases, sendo que, como enfatiza Cavalcanti et al. (2020), todas as fases perpassam por todos os ciclos do programa. Na organização inicial, estava previsto que a cada 24 meses, teriam um ciclo, contudo, esse intervalo de tempo nunca existiu e os ciclos ficaram divididos da seguinte forma:

- 1º ciclo - 12 meses: outubro de 2011-janeiro de 2013
- 2º ciclo - 31 meses: fevereiro de 2013-setembro de 2015
- 3º ciclo - 43 meses: outubro de 2015-maio de 2019.

Ressalta-se que a implantação do programa foi destacada com o 1º ciclo e o 3º ciclo registrou um período mais prolongado em atuação no programa (CAVALCANTI et al., 2020).

Nos 1º e 2º ciclos, o programa encontra-se organizado em quatro fases, como descritas no quadro a seguir:

Quadro 2: Organização do PMAQ – 1º e 2º ciclos.

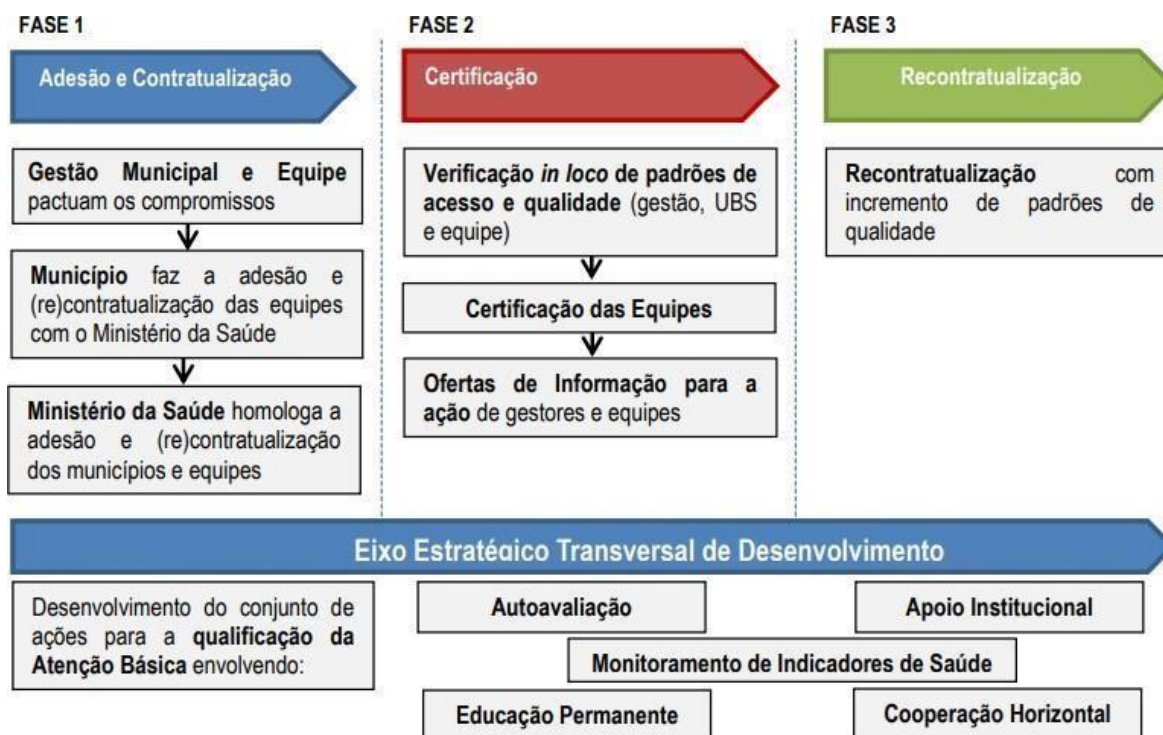
FASE	OBJETIVO
Fase 1: Adesão e contratualização	Nesta fase, as Equipes de Atenção Básica (EAB), juntamente com os gestores municipais, assim como, com o Ministério da Saúde, formalizam a adesão ao Programa, contratualizando compromissos e indicadores a serem desenvolvidos, como também a participação do controle social.
Fase 2: Desenvolvimento	Organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional), esta etapa tem como objetivo desenvolver as ações que serão implementadas pelas EAB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, almejando promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado a fim de substancializar a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.
Fase 3: Avaliação Externa	Nesta fase são realizadas ações com intuito de avaliar as condições de acesso e de qualidade entre os municípios e EAB que fazem parte do Programa, não sendo caracterizado modelo punitivo, pois ela é focada no reconhecimento do trabalho desempenhado pela equipe e gestores que constituem a AB.

Fase 4: Recontratualização	Aplicação de um formato atualizado pactuado pelas equipes e municípios, que envolve novos padrões e indicadores de qualidade, onde é encorajado um processo cíclico institucionalizado e sistemático a partir dos resultados obtidos pelos envolvidos do PMAQ-AB.
----------------------------	---

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da cartilha PMAQ - Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica, 2012.

No 3º ciclo, de acordo com o manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF (2017), o PMAQ-AB está estruturado em três fases e um eixo estratégico transversal, conforme descrito na figura 2, de crescimento que contempla um ciclo permanente de melhoria do acesso e da qualidade da AB.

O novo modelo de distribuição do programa agregou elementos que, após análise, identificou que poderia fazer parte de apenas um componente, tendo estes o mesmo entendimento conceitual. Dentre eles, destaca-se a fase 2 de Desenvolvimento, após a reestruturação, sendo denominada de Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, pois assegura que, em todas as etapas do ciclo do programa, as ações de promoção da melhoria podem ser realizadas, atribuindo o cuidado continuado frente às ações praticadas, sendo estas pelas Equipes de Atenção Básica, assim como, gestores, almejando resultados positivos (CAVALCANTI et al., 2020).

Figura 2 - Fases do PMAQ – 3º Ciclo.

Fonte: Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF, 2017.

Pagamento por desempenho do PMAQ

Os serviços de saúde em busca de melhoria, tem como estratégia o pagamento por desempenho, sendo este o mais utilizado em programas de melhoria de desempenho (CARVALHO et al., 2021).

O pagamento por desempenho (PPD) (pay for performance) é definido como repasse de recursos financeiros ou materiais para os trabalhadores da saúde, mediante metas almejadas e critérios elencados ao programa. Isso foi desenvolvido para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, bem como, a saúde da população (SILVA, 2019).

De acordo com Carvalho et al. (2021), o pagamento por desempenho acontece de formas diversas, destacando-se o acesso, qualidade e eficiência dos serviços focando no desempenho. O pagamento é conferido mediante resultados almejados, como, por exemplo, procedimentos realizados e ações intermediárias e/ou organizacionais.

4. METODOLOGIA

Delimitação do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com objetivo de analisar a influência do PMAQ sobre qualidade dos serviços da AB. No estudo transversal as medidas

são feitas em um único momento e o seu delineamento é útil quando se quer descrever variável e padrão de distribuição (HULLEY et al, 2015).

O estudo é um recorte da pesquisa: ‘Análise da utilização do incentivo financeiro do PMAQ-AB sob a ótica do gestor municipal’, desenvolvida por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A base de dados da pesquisa foi construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB, a partir de questionário aplicado aos gestores da Atenção Básica dos municípios do estado da Paraíba.

Local do estudo

A pesquisa é extraída a partir das informações do banco de dados da PB. O referido Estado possui uma população, conforme IBGE (2020), estimada em 4.039.277 milhões de habitantes, sendo o décimo quarto Estado mais populoso do Brasil. A capital e município mais populoso é João Pessoa (IBGE, 2020).

População da pesquisa

A população, definida segundo Hulley et al (2015) como conjunto completo de pessoas com características específicas, trata-se de um conjunto de 223 gestores municipais e 812 profissionais das equipes de saúde da família do Estado da Paraíba.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos profissionais de nível superior, com cargo de gestor e participante do PMAQ, que aceitasse participar da pesquisa. Foram excluídos profissionais das equipes que operam juntamente com as equipes de saúde da atenção básica.

Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após a conclusão dos trâmites da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, ocorrido em 2018. O instrumento foi contemplado com questões abertas e fechadas, sendo aplicado aos gestores da atenção básica. Ressalta-se que para o estudo em questão, foi utilizado apenas o instrumento aplicado aos gestores, o qual era organizado em três partes:

1. A primeira versa inicialmente sobre o perfil dos participantes do estudo;
2. A segunda traz questionamentos sobre a investigação do conhecimento de como ocorre o repasse do incentivo do PMAQ, existência de normativas, periodicidade do repasse;
3. A última contempla as variáveis que foram utilizadas para analisar a percepção dos atores acerca dos reflexos do PMAQ nas melhorias na qualidade da assistência, identificadas pelos gestores mediante o repasse dos recursos (apêndice 1).

A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde onde atua cada gestor, concomitante à realização da avaliação externa do PMAQ-AB, no terceiro ciclo, por meio de entrevista semiestruturada. No intuito de minimizar as possibilidades de falhas nesta fase, foi ofertada também a coleta de dados em instrumento digital e encaminhado via internet, pelos avaliadores, por ocasião da avaliação externa. Teve-se como apoio a plataforma *Google Forms* de formulários eletrônicos.

Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido respeitando os aspectos éticos da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCM/UFPB e aprovada com registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número: 90331418.6.0000.8069.

Análise dos dados

Com o intuito de utilizar o modelo de regressão logística que, segundo Fernandes et al (2020), é uma técnica que melhor se apresenta para modelar a variação da variável dependente em função de um conjunto de variáveis independentes, a análise de dados foi fundamentada na interpretação dos dados extraídos das variáveis do estudo que, posteriormente, alimentará o programa de Excel, versão **2206**, construindo a tabulação de dados, onde serão adotadas técnicas estatísticas, considerando para a análise, os pontos mais pertinentes de resultado entre as variáveis, contribuindo na explanação entre o epílogo do estudo e suas interpretações.

Com o objetivo de analisar a percepção dos gestores da AB acerca do repasse do

incentivo financeiro do PMAQ, e sua aplicação para obter qualidade na atenção básica, nos Municípios da Paraíba, destacou-se a necessidade de trabalhar com a variável: Considerando o 3º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica?, verificando a associação com as variáveis que se referem à periodicidade do repasse financeiro, critérios utilizados para o repasse e para que profissionais foi repassado o incentivo.

As variáveis e seus conceitos serão inseridos no software SPSS, versão **IBM® SPSS Statistics**, onde serão apreciados os dados, ressaltando a importância do ajuste das variáveis, a fim de melhor análise dos epílogos, pois será trabalhado regressão logística, tendo como base um modelo binário. O referido modelo possui uma facilidade e flexibilidade quando explorado, com análise dicotômica das variáveis, obtendo um entendimento dos resultados de forma objetiva (HOSMER; LEMESHOW; STURDIVANT, 2013).

Em Fernandes et al (2020), na regressão logística a variável dependente tem apenas duas categorias. Em geral, a ocorrência do evento de interesse é codificada como “1” e a ausência como “0”.

À face do exposto, fez-se necessário o processo de dicotomizar as respostas ‘não incentiva e incentiva pouco’ em ‘não Incentiva a melhoria’ (codificada com o valor 0) e ‘incentiva parcialmente’, ‘incentiva’ e ‘incentiva fortemente a melhoria’ em ‘Incentiva a Melhoria’ (codificada com o valor 1), apreciado no apêndice 1. A codificação mencionada acima do banco de dados, foi a partir de um dicionário pré-estabelecido, sendo inserido no *software* aplicativo do tipo científico SPSS.

Regressão logística no apoio a interpretação

A regressão logística, também chamada de modelo de chances proporcionais, é uma técnica estatística para um modelo de regressão, cuja variável resposta assume apenas dois valores: 1, associado ao sucesso na ocorrência de um evento e 0, associado ao fracasso, de modo que sua variável resposta segue uma probabilidade de Bernoulli. A regressão logística é um modelo multivariado que pode quantificar a contribuição independente de cada variável preditora candidata para a predição do desfecho (HULLEY et al, 2015).

A regressão logística binária, técnica estatística que será aplicada no estudo, é definida, de acordo com Walter et al (2010), em um modelo estatístico para análise multivariada, sendo estas operadas na elaboração de modelos que desejam compreender ou prever combinação presente entre uma variável categórica, que assume um entre dois valores possíveis (ex.: “zero” e “um”, “sim” e “não”, etc.), e um conjunto de variáveis explicativas.

Assim, os pressupostos básicos a serem atendidas são:

- a) A média condicional da equação da regressão será um valor definido entre “zero” e “um”;

- b) Os erros da equação seguirão a distribuição binária; e
- c) Os resultados obtidos podem ser entendidos na forma de probabilidades.

O modelo de regressão logística binária assume a relação exposta na equação (1) onde

$$\pi(x) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x}} \quad (1)$$

“ $\pi(x)$ ” indica a probabilidade associada a “ x ”; “ e ” é o vetor de coeficientes a ser estimado caracterizado como um valor fixo, base dos logaritmos naturais (aproximadamente 2,718); e “ $\beta_0 + \beta_1$ ” são os vetores das variáveis explicativas associadas ao evento.

O modelo de regressão logística se destaca de outros modelos de regressão por alcançar as variáveis categóricas, e, conseqüentemente, um conjunto diferente de hipóteses.

Após descobrir se a gestão dos recursos do PMAQ proporcionou melhoria na qualificação da atenção básica no município da Paraíba ou não, torna-se fundamental para decidir se obteve melhora na qualidade ou não do serviço da AB. A regressão logística ou modelo logit pertence à classe dos modelos estatísticos em que variável dependente é qualitativa (neste caso, dicotômica) e as variáveis independentes podem ser categóricas ou quantitativas. O objetivo desses modelos é auxiliar, em termos probabilísticos, a escolha entre duas alternativas mutuamente excludentes.

Nesse trabalho, a variável resposta Y é binária e pode assumir os seguintes valores: $Y=1$, o que significa que a gestão dos recursos do PMAQ proporcionou melhoria na qualificação da atenção básica no município da Paraíba; ou $Y=0$, o que indica que a utilização dos recursos do PMAQ não proporcionou melhoria. O modelo de regressão logística possibilita a estimação das probabilidades de $Y=1$ e $Y=0$, definidas como $p = P(Y = 1)$, que é a probabilidade de sucesso, e $q = 1 - p = P(Y=0)$, que é a probabilidade de fracasso.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após análise estatística dos dados, apresentam-se, a seguir, os resultados das entrevistas realizadas com os gestores, que atuam na AB, nos municípios da Paraíba. Agrupados por temas, os resultados desse estudo serão distribuídos em três categorias que manifestaram dos produtos analisados, proporcionando uma maior qualidade na interpelação e discussão dos dados, sendo elas:

1. Caracterização do perfil dos respondentes
2. O incentivo financeiro do PMAQ na Atenção Básica
3. Percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB

Observadas as variáveis e destacados os dados nas categorias descritas a seguir, vislumbrou-se os achados nas literaturas, baseando-se em conteúdo específico direcionado ao PMAQ-AB, onde oportunizou enxergar a condução das análises estatísticas, o que favoreceu a leitura dos dados apresentados e direcionou a discussão pertinente.

Análise descritiva dos dados

Caracterização do perfil dos respondentes

Apreciada por características sociodemográficas dos respondentes, a tabela 1 destaca as seguintes variáveis: idade, sexo, cargo e município, sendo esta, composta pelos dados que favorecem o início da análise.

No que tange ao sexo, atrelado ao perfil dos profissionais entrevistados, 76,7% foram do sexo feminino e 23,3% do sexo masculino, identificando uma média de idade de 39 anos e Desvio Padrão (DP) 9,9, com idades entre 23 e 70 anos. Em relação ao cargo, 63,9% eram Secretários Municipais, 25,1% coordenadores(as), 5,9% gerentes e 5,0% outros cargos. Obteve-se também, no quesito Município, 14,2% omissos e 85,8% não omissos.

Os referidos dados se nortearam no quantitativo de 219 profissionais.

Tabela 1: Perfil dos profissionais entrevistados que participaram da pesquisa.

Variável	N	(%)
Idade		
Média ± DP		39,72 ± 9,97
Sexo		
Feminino	168	76,7
Masculino	51	23,3
Total	219	100,0
Cargo		
Secretário Municipal	140	63,9
Coordenador(a)	55	25,1
Gerente	13	5,9
Outros	11	5,0
Total	219	100,0
Município		
Omisso	31	14,2
Não omisso	188	85,8
Total	219	100,0

Nota: DP = Desvio Padrão

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB.

Neste estudo, ao analisar a variável cargo, o índice conquistado (63,9%) trata-se de Secretários Municipais, sendo este maior do que outras pesquisas com o mesmo objetivo, onde foram levantados índices de 59,8% no estado do Rio Grande do Sul e 52,5% no estado de Mato Grosso. Com isso, entende-se que o interesse em exteriorizar e entender em conjunto os processos advindos da gestão municipal da saúde, é fortemente presente entre os secretários municipais. Os resultados ainda destacaram a presença feminina inserida na gestão do SUS, e que, comparado a outras literaturas, essa característica também se encontra presente (ARCARI et al, 2020).

O incentivo financeiro do PMAQ na atenção básica

Nesta categoria, enfatiza-se o incentivo financeiro, bem como o seu repasse aos profissionais de saúde do PMAQ-AB.

Reforçando que o objetivo do PMAQ-AB é de incentivar os gestores e suas equipes na busca por melhorias da qualidade prestada dentro dos serviços de saúde à população, existe uma complexidade de técnicas no âmbito da qualidade, acompanhamento e avaliação do trabalho, levando ao aumento do repasse dos recursos do incentivo financeiro aos que apresentarem melhor qualidade no acolhimento e/ou atendimento.

Diante do exposto, a TABELA 2 apresenta as variáveis com base no Incentivo Financeiro, na qual, foram destinados à equipe de profissionais de saúde da AB. Sendo assim, os resultados mostram que, 76,7% dos entrevistados, referem não existir incentivo financeiro adicional à remuneração condicionado a avaliação de desempenho para as equipes da Atenção Básica, além do PMAQ.

Existem formatos diferenciados, de acordo com Carvalho (2021), no que tange à saúde, com relação ao pagamento por desempenho, sendo estes, o acesso, qualidade e eficiência dos serviços prioritários, como base do desempenho. Mesmo diante de diferentes modelos conceituais, objetivos e formas aplicadas, um sistema de incentivos financeiros foi aplicado pelo governo federal, visando ampliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde dentro da atenção básica, usando o PMAQ-AB.

No que tange a pergunta do Incentivo Financeiro por desempenho do PMAQ-AB, se é/foi concedido de forma exclusiva para equipes da Atenção Básica que fazem parte do PMAQ-AB, 73,1% responderam que sim, 16,0% responderam que não e 5,9% informaram que não há repasse financeiro. Contudo, na variável que questiona se há ou já houve repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB para as equipes da AB, obteve-se 90,0% de respostas “sim” e 9,1% “não”.

Os dados levantados afirmam, que os municípios da Paraíba estão cada vez mais empenhados em realizar o repasse do incentivo financeiro para as equipes da AB participantes do PMAQ. Diante disso, ressalta-se a importância de ponderar qual a razão de seguir com o pagamento por desempenho, na qual os gestores adotaram, uma vez que existe a influência dos servidores para receber recursos, a ideia de replicar o formato de pagamento por municípios próximos, seguindo também, da possível necessidade da explanação sobre o pagamento por desempenho para os gestores.

Rodrigues (2021), destaca que a decisão em realizar o pagamento por desempenho no setor saúde são de amplos motivos, afinal, a recompensa é justificada desde o empenho nos serviços, sendo este, fornecido através de aumento ou atribuição de remuneração, até ações realizadas nos serviços com o intuito de melhorar a qualidade.

Consciente do objetivo do incentivo financeiro para os profissionais inscritos no PMAQ-AB, de acordo com Zermiani et al (2018), é imprescindível salientar a importância de como é realizado o pagamento por desempenho para melhor explicitar como o projeto atua na aplicação do financiamento. Os resultados esperados podem ser afetados e impactar negativamente, trazendo ações prejudiciais, tais como: condutas indesejáveis, disformidade, não valorizar atividades importantes que não houve recompensa, fraudes nos relatórios, triagem de casos priorizando aqueles atingíveis de metas em um curto período e, ainda, torna-se

submisso aos incentivos financeiros. Em Bertusso (2018), nos resultados de seu estudo, enfatiza-se a valorização de ações que por alguns profissionais não tinham mais importância, fruto do incentivo financeiro aos profissionais de saúde, consequência do recurso do PMAQ, revelando ser o principal motivo para a mudança de atitude.

Tabela 2: Incentivo Financeiro destinado à equipe de profissionais de saúde da AB.

Variável	N	(%)
Existe incentivo financeiro adicional à remuneração condicionado a avaliação de desempenho para as equipes da Atenção Básica (EqAB), ALÉM DO PMAQ-AB?		
Sim	43	19,6
Não	168	76,7
NS/NR	8	3,7
Total	219	100
O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica a participantes do PMAQ-AB? (3º ciclo)		
Sim	160	73,1
Não	35	16,0
Não há repasse financeiro	13	5,9
NS/NR	11	5,0
Total	219	100
Há ou já houve repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB para as equipes de AB? (considerar SIM se em algum dos ciclos há/houve repasse para as equipes)		
Sim	197	90,0
Não	20	9,1
NS/NR	2	0,9
Total	219	100
Nas equipes da Atenção Básica, como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB? (3º ciclo)		
Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo.	53	24,2
Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo.	68	31,1
Não há repasse para as equipes da AB	10	4,6
Outros	61	27,9
NS/NR	27	12,3
Total	219	100

Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados? (3º ciclo)

O resultado da avaliação externa do PMAQ-AB	126	64,0
O alcance de metas absolutas e relativas	33	16,8
Todas as equipes da Atenção Básica recebem iguais	24	12,2
NS/NR	12	6,1
Outros	2	1,0
Ausentes	22	---
Total	219	100
Não há repasse para equipes AB		
Sim	48	21,9
Não	169	77,2
Ausentes	2	0,9
Total	219	100

Nota: NS = Não sabe; NR = Não respondeu

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Com relação ao formato de como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, nas equipes de atenção básica, dentro do 3º ciclo, 24,2% informaram ter valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo, 31,1% disseram ser um percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo, 4,6% informaram que não há repasse para as equipes da AB, 27,9% equivalem a outros e 12,3% correspondem aos que não sabem ou não responderam.

As diferenças de valores distribuídos entre os profissionais podem acarretar disputa e competições entre os profissionais, gerando desconforto e impactando de maneira negativa na execução do trabalho, uma vez que o formato do incentivo financeiro precisa ser claro e proporcionar motivação e proatividade entre os participantes do projeto, sem competições pelo benefício gerado.

Zermiani et al (2018), explica que os incentivos estruturais são destinados à melhoria nas condições de trabalho das equipes e os incentivos individuais contemplam os pagamentos dos profissionais, sendo este dividido em uma parte fixa e outra variável.

Agregando a explicação de Zermiani et al (2018) acima, Jales et al (2017), ressalta a informação quanto a autonomia dos municípios na tomada de decisão referente aos recursos adquiridos.

Com base em quais critérios são considerados para a efetivação do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB no 3º ciclo, 64,0 responderam ser o resultado da avaliação externa do PMAQ-AB, 16,8% disseram ser o alcance de metas absolutas e relativas, 12,2% responderam que todas as equipes da Atenção Básica recebem iguais, 6,1% correspondem aos que não sabem ou não responderam e 1,0%, outros.

A efetivação do repasse do incentivo financeiro por desempenho, está ligado ao processo de Avaliação Externa que é conferida mediante verificação de evidências, analisando indicadores anteriormente sinalizados. O repasse dos incentivos financeiros é realizado através do desempenho das equipes e da gestão, após a análise do referido processo. Contudo, outro critério utilizado é o alcance de metas absolutas e/ou relativas (JALES et al, 2017).

Com relação a variável “não há repasse para equipes de AB”, 21,9% responderam que sim e 77,2% que não.

Destacando a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes de AB do 3º ciclo, na tabela 3, 32,9% informaram ser de 6 meses, 4,6% que eram de 5 meses, 10,2% responderam 4 meses, 36,5% destacaram 3 meses, 24,9%, 2 meses e 0,5% com 1 mês.

Tabela 3: Periodicidade do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB no 3º ciclo para as equipes

Variável	N	(%)
Mensalmente	27	12,3
Bimensalmente	9	4,1
Trimestralmente	20	9,1
Semestralmente	72	32,9
Anualmente	49	22,4
Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB	1	,5
Não há periodicidade definitiva	3	1,4
A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ-AB	11	5,0
NS/NR	5	2,3
Outra	22	10,0
Total	219	100,0

Nota: NS = Não sabe; NR = Não respondeu

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Seguindo a experiência auferida pelos gestores durante todo o percurso dos ciclos do PMAQ-AB, juntamente com os debates envolvendo os participantes e embasamento científico durante a atuação no programa, o amadurecimento quanto à definição da periodicidade foi tornando-se mais evidente.

Corroborando o entendimento exposto, Diálogos *online* (2014), salienta que a decisão da periodicidade é de responsabilidade do município, atentando-se a não realizar o repasse com intervalo mensal, visto que pode se compreender como o salário do servidor, perdendo sua característica de incentivo pelo desempenho almejado. Sendo assim, torna-se importante que o repasse seja efetuado com intervalos variando entre anualmente, semestralmente, ou, no máximo, trimestralmente.

Percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB

A Tabela 4 apresenta os resultados referentes aos incentivos financeiros do PMAQ para as equipes de Atenção Básica. Destaca-se que 62,3% dos repasses foram correspondentes ao intervalo de 40 a 60%, enquanto 4,4% informaram que não houve o repasse.

Tabela 4: Porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica no 3º ciclo

Variável	n	(%)
Percentual repassado		
Não houve repasse	8	4,4
Até 40%	44	24,0
Entre 40% e 60%	114	62,3
Mais de 60%	17	9,3
NS/NR	14	6,4
Ausentes	22	---
Total	219	100

Nota: NS = Não sabe; NR = Não respondeu

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB.

Jales et al. (2017), em seu estudo, retrata que é de responsabilidade dos profissionais a adesão ao programa, reforçando que os municípios que foram incluídos em sua pesquisa, informaram repassar o percentual financeiro aos servidores vinculados a AB. Quando comparado com o nível de dificuldade enfrentado e responsabilidade no desenvolvimento das atividades com a porcentagem adquirida, perfaz que não é satisfatória, tornando-se divergente. Com isso, o papel principal da gratificação fornecida às equipes vinculadas ao programa é motivar os profissionais, a fim de que possam almejar seus objetivos, adquirindo um desempenho positivo, melhorando seu estado psicológico para executar as ações.

Entende-se, com a explanação acima, como uma forma de contribuição, responsabilizando o profissional em adquirir ou não o repasse financeiro, através das atividades desempenhadas e posterior avaliação do seu trabalho, podendo esta favorecer ou não o incentivo financeiro.

O PMAQ-AB é considerado o maior Programa de remuneração por desempenho na atenção primária do mundo, possuindo um programa de pagamento por desempenho que se destaca com características pontuais como, por exemplo, definição de bases para recompensas. O percentual de recursos é definido pelo desempenho, focando na qualidade, a fim de melhorar os índices apresentados. O desempenho das equipes foi a chave para o pagamento dos incentivos, atingindo os critérios que permeiam o programa, assim como, estímulo às práticas gerenciais pelas equipes de AB e avaliação em suas variadas proporções (CARVALHO et al., 2021).

A seguir, a Tabela 5 traz a percepção dos gestores sobre os efeitos do PMAQ no trabalho e atuação das equipes de atenção básica no 3º ciclo do PMAQ. Sobre os incentivos, 62,9%

afirmam que há melhoria do acesso ao serviço, 63,9% incentivo a melhoria da eficiência, 65,5% incentivo os processos de trabalho, 66,0% incentivo a melhores resultados em saúde, 63,9% incentivo a satisfação do usuário e 67,0% incentivo a satisfação profissional. Com isso, percebe-se que os gestores comprovaram que o PMAQ-AB incentivou a melhoria em todas as variáveis aplicadas.

Tabela 5: Percepção dos gestores sobre os efeitos do PMAQ no trabalho e atuação das equipes de atenção básica no 3º ciclo do PMAQ.

Variável	n	(%)
Melhorar o acesso		
Incentiva	127	62,9
Não incentiva	33	16,3
Melhorar a eficiência		
Incentiva	129	63,9
Não incentiva	34	16,8
Melhorar processos de trabalho		
Incentiva	133	65,5
Não incentiva	31	15,3
Melhorar resultados em saúde		
Incentiva	134	66,0
Não incentiva	36	17,7
Melhorar satisfação do usuário		
Incentiva	129	63,9
Não incentiva	32	15,8
Melhorar a satisfação profissional		
Incentiva	136	67,0
Não incentiva	30	14,8

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB.

O PMAQ tem um papel fundamental na AB, conforme Soares et al. (2020), o programa tem como principais funções. melhorar o acesso e qualidade do atendimento nos serviços, promover e prevenir a saúde através de ações, detectando precocemente problemas de saúde da população, diminuindo assim, a necessidade de cuidados especializados.

Análise dos modelos de regressão logística

A análise dessa etapa da pesquisa foi realizada a partir do questionário aplicado às equipes de Atenção Básica dos Municípios do Estado da Paraíba sob o ponto de vista do gestor e pretende-se comparar seus resultados com os de trabalhos anteriores das análises sob a ótica dos profissionais em saúde.

Pretendeu-se avaliar os dados da pesquisa relativos à qualificação da atenção básica em saúde a partir do pagamento por desempenho com recursos dos incentivos financeiros do PMAQ. Os incentivos financeiros foram geridos pelos gestores municipais a partir de critérios definidos pela gestão municipal, visando a melhoria da qualificação da atenção básica em saúde, considerando as seis subdimensões seguintes: melhoria do acesso; melhoria da

eficiência; melhoria dos processos de trabalho; melhoria dos resultados em saúde; melhoria da satisfação dos usuários e melhoria da satisfação dos profissionais.

As questões relativas às seis subdimensões citadas foram definidas como o desfecho da pesquisa e elas foram modeladas através de modelos de regressões logísticas visando avaliar como as decisões dos gestores influenciaram na qualificação das seis subdimensões da ABS.

Para realizar as modelagens citadas foi necessário dicotomizar a variável resposta da seguinte forma: 0 – Não incentiva a melhoria, segundo cada uma das seis subdimensões; 1 – Incentiva a melhoria, segundo cada uma das seis subdimensões. Assim, a partir dos modelos estimados foi possível avaliar os critérios utilizados pelos gestores para o repasse dos recursos provenientes do PMAQ para a melhoria da qualidade da Atenção Básica no município. As variáveis explicativas investigadas no modelo foram as definidas no quadro a seguir.

Quadro 3 – Preditores dos Modelos de Regressão Logística

Variáveis explicativas avaliadas no modelo
Idade do entrevistado.
Sexo do entrevistado.
Cargo do entrevistado: secretário municipal; coordenador; gerente; outros.
Há no município alguma normativa que regulamente o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB no município?
Qual a normativa existente em cada ciclo (3º ciclo)?
Existe incentivo financeiro adicional à remuneração condicionado a avaliação de desempenho para as equipes da Atenção Básica (EqAB), ALÉM DO PMAQ-AB?
O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ-AB? (3º ciclo).
Há ou já houve repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB para as equipes de AB? (considerar SIM se em algum dos ciclos há/houve repasse para as equipes).
Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados? (3º ciclo).
Nas equipes da Atenção Básica, como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB? (3º ciclo).
Qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes? (3º ciclo).
Porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica no 3º ciclo.
O restante do incentivo do PMAQ-AB é repassado para gestores da Atenção Básica à Saúde (3º ciclo)?
O restante do incentivo do PMAQ-AB é utilizado em Obras das Unidades Básicas de Saúde?
O restante do incentivo do PMAQ-AB é utilizado em processos de Educação Permanente em Saúde para a Atenção Básica à Saúde?
O restante do incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?
O restante do incentivo do PMAQ-AB é utilizado em investimentos não especificados na Atenção Básica à Saúde.
Todo o valor é repassado às equipes?
Essa forma de utilização do restante do incentivo, está prevista na normativa do PMAQ-AB?
O repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? (3º ciclo)

Nesse trabalho, o principal objetivo da modelagem através da regressão logística é avaliar de forma conjunta a contribuição e a importância das variáveis explicativas para estimar as chances de ocorrência do evento de interesse, que, nesse caso, é o incentivo a melhoria da qualificação da ABS, segundo as seis subdimensões citadas.

Regressão logística para estimar a melhoria do acesso

Inicialmente foi avaliado o modelo para a melhoria no acesso em função dos preditores elencados acima. Quanto à melhoria do acesso, para um total de 219 gestores municipais entrevistados, foram consideradas 121 observações no ajuste do modelo, de modo que foram encontrados 98 casos de observações faltantes. Foi utilizado o método de estimação *Forward Stepwise* onde os preditores mais significativos são inseridos no modelo estimado num procedimento iterativo passo a passo e as variáveis não significativas para explicar o evento de interesse são descartadas do modelo.

Os coeficientes de determinação (R^2) calculados apresentaram os seguintes valores: o R^2 de Cox & Snell, apontou 38% de explicação da variabilidade do modelo, enquanto o R^2 de Nagelkerke apresentou 50%, confirmando assim, uma explicação razoável dos dados amostrais pelo modelo.

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo indicou que o modelo é adequado (P-Value = 0,000), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas: $-2.\log\text{-verossimilhança} = 110,35$ e proporcionou previsões que classificaram corretamente em 61% dos casos, de modo que o mesmo pode ser considerado bem ajustado aos dados empíricos da pesquisa. Além disso, o teste de Hosmer Lemeshow apresentou P-valor de 0,408 indicando que o modelo é adequado aos dados.

As variáveis significativas do modelo são apresentadas na Tabela 6. As outras variáveis foram descartadas do modelo por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade de melhoria no acesso à ABS.

Tabela 6 – Modelo de Regressão Logística Para A Melhoria do Acesso aos Serviços de Saúde

Covariáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?	1,159	,475	5,951	1	,015	3,187
Essa forma de utilização do restante do incentivo está prevista na normativa do PMAQ-AB?	,925	,306	9,172	1	,002	2,523

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB.

Os fatores significativos e relevantes quanto ao uso dos recursos financeiros do PMAQ para a melhoria no acesso da ABS foram:

- i) O Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?;
- ii) Essa forma de utilização do restante do incentivo, está prevista na normativa do PMAQ-AB?

Pode-se observar também que as razões de chances dos preditores significativos são maiores que um, indicando que a ocorrência da compra de insumos e materiais, como também seguir as normativas do PMAQ aumentam a chance de ocorrência do evento de interesse que é o aumento no acesso aos serviços de atenção básica em saúde. De acordo com o modelo, sob a ótica dos gestores municipais, a “utilização dos recursos do PMAQ para compra de medicamentos, insumos e materiais” aumenta em 3,187 vezes mais as chances de influenciar na melhoria da qualidade, no que se refere ao acesso da população à ABS. Da mesma forma, “seguir a normativa prevista no PMAQ” aumenta em 2,523 vezes mais as chances de influenciar na melhoria da qualidade do acesso da população à ABS. Jales, Jales e Gomes (2017) em seu estudo discorre que em relação aos recursos, as quantias destinadas a investimentos em melhoria estrutural e insumos devem ser incentivados uma vez que demonstra que essas ações realmente melhoram o acesso e a qualidade da atenção básica.

Em comparação com resultados de Rodrigues (2021), pode-se observar que do ponto de vista dos profissionais em saúde que trabalham na atenção básica, eles consideram que os fatores importantes para a qualificação da melhoria do acesso da população à ABS é: “Os recursos financeiros do PMAQ-AB são usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho para sua equipe de saúde no 3º ciclo?”; e “A porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB que é repassada para as equipes de ABS”. Sendo assim, observa-se que a percepção do gestor apresenta diferenças quanto ao ponto de vista dos trabalhadores, indicando possíveis discordâncias e preocupações distintas entre gestores e trabalhadores da ABS.

Regressão logística para estimar a melhoria da eficiência

Em seguida, o mesmo procedimento de modelagem foi realizado para as outras 5 subdimensões avaliadas na pesquisa. Para avaliar a melhoria na eficiência em função dos preditores definidos na pesquisa, foram entrevistados 219 gestores municipais, dentre os quais, foram observados 98 casos de observações faltantes. Sendo assim, foram consideradas 121 observações no ajuste do modelo.

Foi utilizado o método de estimação iterativo *Forward Stepwise* e o modelo estimado apresentou os seguintes valores para os coeficientes de determinação (R^2): o R^2 de Cox & Snell, apontou 37% de explicação da variabilidade do modelo, enquanto o R^2 de Nagelkerke apresentou 49%, confirmando assim, uma explicação razoável dos dados amostrais pelo modelo.

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo indicou que o modelo é adequado (P-Value = 0,000), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas: -2.log-verossimilhança = 112,11 e proporcionou predições que classificaram corretamente em 62% dos casos, de modo que o mesmo pode ser considerado bem ajustado aos dados empíricos da pesquisa. Além disso, o teste de Hosmer Lemeshow apresentou P-valor de 0,430 indicando que o modelo é adequado aos dados.

As variáveis significativas do modelo são apresentadas na Tabela 7. As outras variáveis foram descartadas do modelo por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade de melhoria no acesso à ABS.

Tabela 7 – Modelo de Regressão Logística Para A Melhoria da Eficiência

Covariáveis	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?	1,246	,472	6,961	1	,008	3,477
Essa forma de utilização do restante do incentivo, está prevista na normativa do PMAQ-AB?	,834	,300	7,713	1	,005	2,302

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB.

Os fatores significativos e relevantes quanto ao uso dos recursos financeiros do PMAQ para a melhoria da eficiência aos serviços de atenção básica em saúde foram:

- i) O Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?;
- ii) Essa forma de utilização do restante do incentivo, está prevista na normativa do PMAQ-AB?

De acordo com o modelo estimado, sob a ótica dos gestores municipais, a “utilização dos recursos do PMAQ para compra de medicamentos, insumos e materiais” aumenta em 3,477 vezes mais as chances de melhoria da eficiência aos serviços de atenção básica em saúde. Da mesma forma, “seguir a normativa prevista no PMAQ” aumenta em 2,302 vezes mais as chances de influenciar na melhoria da eficiência dos serviços de ABS para a população.

Em comparação com resultados de Siqueira (2019), pode-se observar que do ponto de vista dos profissionais em saúde que trabalham na atenção básica, eles consideram que os fatores importantes para a qualificação da melhoria do acesso da população à ABS é: “A porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB que foi repassada para as equipes de AB”; e “O incentivo financeiro por desempenho (fixo ou variável) corresponde aproximadamente a quanto de sua média salarial?”. Sendo assim, observa-se que em relação a eficiência dos serviços em saúde prestados para a população, a percepção do gestor também apresenta diferenças quanto ao ponto de vista dos trabalhadores, indicando possíveis discordâncias e preocupações distintas entre gestores e trabalhadores da ABS.

Regressão logística para a melhoria nos processos de trabalho

Para avaliar a melhoria nos processos de trabalho em função dos preditores definidos na pesquisa, foram entrevistados 219 gestores municipais, dentre os quais, foram observados 97 casos de observações faltantes. Sendo assim, foram inseridas 122 observações no ajuste do modelo.

Foi utilizado o método de estimação iterativo *Forward Stepwise* e o modelo estimado apresentou os seguintes valores para os coeficientes de determinação (R^2): o R^2 de Cox & Snell, apontou 41,4% de explicação da variabilidade do modelo, enquanto o R^2 de Nagelkerke apresentou 55,1%, confirmando assim, uma explicação razoável dos dados amostrais pelo modelo.

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo indicou que o modelo é adequado (P-Value = 0,000), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas: -2.log-verossimilhança = 104,03 e proporcionou predições que classificaram corretamente em 71,3% dos casos, considerando o

ponto de corte de 0,80. Desse modo, que o modelo pode ser considerado bem ajustado aos dados empíricos da pesquisa. Além disso, o teste de Hosmer Lemeshow apresentou P-valor de 0,441 indicando que o modelo é adequado aos dados.

As variáveis significativas do modelo são apresentadas na Tabela 8. As outras variáveis foram descartadas do modelo por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade de melhoria no acesso à ABS.

Tabela 8 – Modelo de Regressão Logística Para A Melhoria Nos Processos De Trabalho

Covariáveis	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Sexo do Gestor entrevistado	,949	,346	7,513	1	,006	2,583
Utilização dos recursos do PMAQ em processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS	,798	,486	2,694	1	,101	2,220
Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?	,904	,496	3,317	1	,069	2,469

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Os fatores significativos e relevantes quanto ao uso dos recursos financeiros do PMAQ para a melhoria nos Processos De Trabalho dos serviços de atenção básica em saúde foram:

- i) Sexo do Gestor entrevistado;
- ii) Utilização dos recursos do PMAQ em processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS?
- iii) Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?

Sob a ótica dos gestores municipais, para a melhoria da qualificação dos processos de trabalho na atenção básica, o modelo estimado considera que o sexo do gestor entrevistado aumenta em 2,583 vezes mais as chances de melhoria dos Processos De Trabalho na atenção básica em saúde. Provavelmente, essa característica do gestor foi indicada como significativa pelo modelo devido ao fato de que gestores do sexo feminino apresentaram maior frequência na indicação de melhoria dos processos de trabalho. Da mesma forma, “A Utilização dos recursos do PMAQ em processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS” é outro fator que aumenta em 2,220 vezes mais as chances de influenciar na melhoria dos processos de trabalho nos serviços de ABS para a população. Além disso, o fator “Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais” também foi considerado significativo e sua razão de chances aumenta em 2,469 vezes mais as chances de influenciar na melhoria dos processos de trabalho nos serviços de ABS para a população.

Em comparação com resultados de trabalhos anteriores do grupo de pesquisa, pode-se observar que do ponto de vista dos profissionais em saúde que trabalham na atenção básica, eles consideram que os fatores importantes para a qualificação da melhoria do acesso da população à ABS é: “A porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB que foi repassada para as equipes de AB”; e “O incentivo financeiro por desempenho (fixo ou variável) corresponde aproximadamente a quanto de sua média salarial?”. Sendo assim, observa-se que em relação aos processos de trabalho em saúde prestados para a população, a percepção do gestor também apresenta diferenças quanto ao ponto de vista dos trabalhadores, indicando possíveis discordâncias e preocupações distintas entre gestores e trabalhadores da ABS.

Ou seja, em geral, os trabalhadores estão preocupados em receber o repasse dos recursos do PMAQ como incentivo por seu desempenho, enquanto os gestores em geral se preocupam em utilizar os recursos para a compra de medicamentos e insumos. Não que seja um problema a divergência de opiniões entre trabalhadores e gestores, mas numa estratégia de pagamento por desempenho há indicação de que os gestores não conseguiram sensibilizar os trabalhadores para um maior comprometimento em prol da qualificação na ABS. Essa falta

de sensibilização dos membros da equipe, muito provavelmente resultará em falta de motivação a partir do momento que o incentivo por desempenho tenha o pagamento suspenso.

No entanto, o fator positivo a se destacar na ótica dos gestores para a melhoria da qualificação, é a preocupação em incentivar os processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS visando aperfeiçoar e qualificar os Processos de Trabalho.

Regressão logística para a melhoria nos resultados em saúde

Para avaliar a melhoria nos resultados em saúde em função dos preditores definidos na pesquisa, foram entrevistados 219 gestores municipais, dentre os quais, foram observados 97 casos de observações faltantes. Sendo assim, foram inseridas 122 observações no ajuste do modelo.

Foi utilizado o método de estimação iterativo *Forward Stepwise* e o modelo estimado apresentou os seguintes valores para os coeficientes de determinação (R^2): o R^2 de Cox & Snell, apontou 37% de explicação da variabilidade do modelo, enquanto o R^2 de Nagelkerke apresentou 49,3%, confirmando assim, uma explicação razoável dos dados amostrais pelo modelo.

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo indicou que o modelo é adequado ($P\text{-Value} = 0,000$), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas: $-2.\log\text{-verossimilhança} = 112,82$ e proporcionou predições que classificaram corretamente em 61,5% dos casos, considerando

o ponto de corte de 0,80. Desse modo, que o modelo pode ser considerado bem ajustado aos dados empíricos da pesquisa. Além disso, o teste de Hosmer Lemeshow apresentou P-valor de 0,424 indicando que o modelo é adequado aos dados.

As variáveis significativas do modelo são apresentadas na Tabela 9. As outras variáveis foram descartadas do modelo por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade de melhoria no acesso à ABS.

Tabela 9 – Modelo de Regressão Logística Para A Melhoria dos Resultados em Saúde

Covariáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?	1,221	,471	6,702	1	,010	3,389
Essa forma de utilização do restante do incentivo está prevista na normativa do PMAQ-AB?	,861	,299	8,291	1	,004	2,364

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB.

Os resultados da modelagem foram semelhantes aos resultados obtidos nos modelos para a melhoria da eficiência e do acesso. De acordo com o modelo estimado, sob a ótica dos gestores municipais, a “utilização dos recursos do PMAQ para compra de medicamentos, insumos e materiais” aumenta em 3,389 vezes mais as chances de melhoria dos Resultados em Saúde nos serviços de atenção básica em saúde. Da mesma forma, “seguir a normativa prevista no PMAQ” aumenta em 2,364 vezes mais as chances de influenciar na melhoria dos Resultados em Saúde dos serviços de ABS para a população.

Comparando com resultados de trabalhos anteriores do grupo de pesquisa GPECS da UFPB, pode-se observar que do ponto de vista dos profissionais em saúde que trabalham na atenção básica, eles consideram que os fatores importantes para a qualificação dos Resultados em Saúde para a população assistida é: “A porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB que foi repassada para as equipes de AB”; e “O incentivo financeiro por desempenho (fixo ou variável) corresponde aproximadamente a quanto de sua média salarial?”. Sendo assim, observa-se que em relação aos resultados em saúde dos serviços prestados para a população que a percepção do gestor também apresenta diferenças quanto ao ponto de vista dos trabalhadores, indicando possíveis discordâncias e preocupações distintas entre gestores e trabalhadores da ABS.

Regressão logística para a melhoria a satisfação do usuário

Para avaliar a melhoria nos resultados em saúde em função dos preditores definidos na pesquisa, foram entrevistados 219 gestores municipais, dentre os quais, foram observados 98

casos de observações faltantes. Sendo assim, foram inseridas 121 observações no ajuste do modelo.

Foi utilizado o método de estimação iterativo *ForwardStepwise* e o modelo estimado apresentou os seguintes valores para os coeficientes de determinação (R^2): o R^2 de Cox & Snell, apontou 39,8% de explicação da variabilidade do modelo, enquanto o R^2 de Nagelkerke apresentou 53,1%, confirmando assim, uma explicação razoável dos dados amostrais pelo modelo.

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo indicou que o modelo é adequado (P-Value = 0,000), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas: $-2.\log\text{-verossimilhança} = 106,258$ e proporcionou previsões que classificaram corretamente em 62% dos casos, considerando o ponto de corte definido pela curva ROC igual a 0,77. Desse modo, que o modelo pode ser considerado bem ajustado aos dados empíricos da pesquisa. Além disso, o teste de Hosmer Lemeshow apresentou P-valor de 0,731 indicando que o modelo é bem adequado aos dados amostrais.

As variáveis significativas do modelo são apresentadas na Tabela 10. As outras variáveis foram descartadas do modelo por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade de melhoria no acesso à ABS.

Tabela 10 – Modelo de Regressão Logística Para A Melhoria na Satisfação do Usuário

Covariáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo do Entrevistado	1,140	,323	12,474	1	,000	3,125
Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?	1,380	,413	11,167	1	,001	3,974

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Considerando o modelo estimado de acordo com a ótica dos gestores municipais, a razão de chances para o sexo do gestor entrevistado, quando ele é feminino, apresentou um desempenho melhor para aumentar em 3,125 vezes mais as chances de melhoria na satisfação do usuário nos serviços de atenção básica em saúde. Da mesma forma, o fator “Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais” aumenta em 3,974 vezes mais as chances de influenciar na melhoria da satisfação dos usuários dos serviços de ABS para a população.

Comparando com resultados de trabalhos anteriores do grupo de pesquisa GPECS da UFPB, pode-se observar que do ponto de vista dos profissionais em saúde que trabalham na atenção básica, eles consideram que os fatores importantes para a qualificação satisfação dos

usuários para a população assistida é: “A porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB que foi repassada para as equipes de AB”; e “O incentivo financeiro por desempenho (fixo ou variável) corresponde aproximadamente a quanto de sua média salarial?”. Novamente é observada uma divergência entre gestores e profissionais em saúde. Em relação satisfação do usuário da AB a percepção do gestor também apresenta diferenças quanto ao ponto de vista dos trabalhadores, indicando possíveis discordâncias e preocupações distintas entre gestores e trabalhadores da ABS.

Regressão logística para a melhoria a satisfação profissional

Para avaliar a melhoria na satisfação profissional em função dos preditores definidos na pesquisa, foram entrevistados 219 gestores municipais, dentre os quais, foram observados 97 casos de observações faltantes. Sendo assim, foram inseridas 122 observações no ajuste do modelo.

Para análise da satisfação profissional foi observado que seus resultados foram semelhantes aos resultados para melhoria nos processos de trabalho. Sendo assim, optou-se por avaliar a associação entre essas variáveis através de uma tabela de contingência, observado na tabela 11.

Tabela 11 – Tabela de Contingência

Processos de Trabalho	Satisfação Profissional		Total
	Não incentiva melhoria	Incentiva melhoria	
Não incentiva melhoria	29	2	31
Incentiva melhoria	1	171	172
Total	30	173	203

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Conforme pode-se observar na tabela de contingência, a relação entre as variáveis é fortemente significativa conforme pode ser observado através do teste exato de Fisher com P-valor = 0,00 e a medida de concordância kappa (que assume valores entre $-1 \leq k \leq +1$ e indica forte concordância no extremo positivo) apresentou valor igual a $k = 0,942$ com P-valor = 0,00. Assim, foi confirmada a forte associação entre processos de trabalho e satisfação profissional.

Foi utilizado o método de estimação iterativo *Forward Stepwise* e o modelo estimado apresentou os seguintes valores para os coeficientes de determinação (R^2): o R^2 de Cox & Snell, apontou 41,4% de explicação da variabilidade do modelo, enquanto o R^2 de Nagelkerke apresentou 55,1%, confirmando assim, uma explicação razoável dos dados amostrais pelo

modelo.

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo indicou que o modelo é adequado (P-Value = 0,000), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas: $-2 \cdot \log\text{-verossimilhança} = 104,03$ e proporcionou previsões que classificaram corretamente em 71,3% dos casos, considerando o ponto de corte de 0,80. Desse modo, que o modelo pode ser considerado bem ajustado aos dados empíricos da pesquisa. Além disso, o teste de Hosmer Lemeshow apresentou P-valor de 0,441 indicando que o modelo é adequado aos dados.

As variáveis significativas do modelo são apresentadas na Tabela 12. As outras variáveis foram descartadas do modelo por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade de melhoria no acesso à ABS.

Tabela 12 – Modelo de Regressão Logística Para A Melhoria da Satisfação Profissional

Covariáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo do Gestor entrevistado	,949	,346	7,513	1	,006	2,583
Utilização dos recursos do PMAQ em processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS	,798	,486	2,694	1	,101	2,220
Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?	,904	,496	3,317	1	,069	2,469

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Os fatores significativos e relevantes quanto ao uso dos recursos financeiros do PMAQ para a melhoria na satisfação profissional foram:

- i) Sexo do Gestor entrevistado;
- ii) Utilização dos recursos do PMAQ em processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS?
- iv) Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais?

Sob a ótica dos gestores municipais, para a melhoria na satisfação profissional o modelo estimado considera que o sexo do gestor entrevistado aumenta em 2,583 vezes mais as chances de melhoria na satisfação profissional nos trabalhos da atenção básica em saúde. Da mesma forma, “A Utilização dos recursos do PMAQ em processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS” é outro fator que aumenta em 2,220 vezes mais as chances de influenciar na melhoria na satisfação profissional dos serviços de ABS para a população. Além disso, o fator “Incentivo do PMAQ-AB é utilizado em compra de medicamentos, insumos e materiais” também foi considerado significativo e sua razão de chances aumenta em 2,469 vezes mais as

chances de influenciar na melhoria da satisfação profissional nos serviços de ABS.

Em comparação com resultados de trabalhos anteriores do grupo de pesquisa, pode-se observar que do ponto de vista dos profissionais em saúde que trabalham na atenção básica, eles consideram que os fatores importantes para a qualificação da melhoria do acesso da população à ABS é: “A porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB que foi repassada para as equipes de AB”; e “O incentivo financeiro por desempenho (fixo ou variável) corresponde aproximadamente a quanto de sua média salarial?”.

A utilização da estratégia de pagamento por desempenho necessita que os gestores consigam motivar os trabalhadores para um maior comprometimento em prol da qualificação na ABS. No entanto, em geral os trabalhadores estão preocupados em receber o repasse dos recursos do PMAQ como incentivo por seu desempenho, enquanto os gestores demonstram uma maior preocupação em utilizar os recursos para a compra de medicamentos e insumos. Os resultados são similares aos observados nos processos de trabalho e a mesma divergência de opiniões entre trabalhadores e gestores foi verificada.

Observa-se novamente como ponto positivo a se destacar na ótica dos gestores para a melhoria da satisfação profissional é a preocupação em incentivar os processos de Educação Permanente em Saúde para a ABS visando aperfeiçoar e qualificar a satisfação dos profissionais que trabalham na atenção básica em saúde.

Análise do Incentivo do PMAQ para a Qualificação da ABS, segundo a Visão dos Gestores e Profissionais em Saúde

Ao analisar os resultados das regressões logística foram observadas algumas divergências entre os pontos de vista de gestores e trabalhadores sobre a utilização dos recursos do PMAQ-AB para a qualificação da ABS. Conforme ressaltado anteriormente, a divergência de opiniões entre gestores e trabalhadores numa estratégia de pagamento por desempenho sugere a possibilidade de que os gestores não conseguiram sensibilizar os trabalhadores para alcançar o objetivo de melhoria na qualificação da ABS.

Sendo assim, surgiu a necessidade de avaliar a associação e concordância entre os gestores e profissionais de saúde, segundo as seis subdimensões relacionadas anteriormente: melhoria do acesso; melhoria da eficiência; melhoria dos processos de trabalho; melhoria dos resultados em saúde; melhoria da satisfação dos usuários e melhoria da satisfação dos profissionais.

Para avaliar a associação entre gestores e profissionais em saúde foram realizados testes qui-quadrado de independência ao nível de significância de 5% e para avaliar a concordância foi utilizado o coeficiente Kappa, onde valores maiores que 0,75 indicam uma boa concordância entre os julgadores. Cabe observar que o teste para avaliar a associação é feito

de forma global, enquanto a análise de concordância através do coeficiente Kappa é realizada de forma individual observando a concordância entre as respostas dos julgadores, ou seja, a concordância entre o gestor da saúde no município e cada um de seus respectivos profissionais em saúde da AB selecionados na amostra. Além disso, são apresentadas as tabelas de contingência indicando como gestores e profissionais em saúde responderam as questões sobre o uso dos recursos do PMAQ para a qualificação da ABS.

Tabela 13 – Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para Qualificação do Acesso a ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde

		Como o gestor avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria do Acesso			Total
		Não incentiva melhoria	Indiferente	Incentiva melhoria	
Como o profissional avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria do Acesso	Não incentiva melhoria	13	17	57	87
	Indiferente	25	19	51	95
	Incentiva melhoria	72	84	313	469
Total		110	120	421	651

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Considerando a Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para Qualificação do Acesso a ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde, temos que o teste qui-quadrado de independência apresentou P-valor = 0,085, de modo que a hipótese de não associação entre gestores e trabalhadores não pode ser rejeitada ao nível de significância $\alpha = 0,05$. Além disso, o coeficiente Kappa apresentou valor próximo de zero ($k = 0,030$ e P-valor = 0,299), indicando que os julgadores responderam de forma aleatória. Sendo assim, a suposição de concordância entre as opiniões de gestores e profissionais em saúde foi refutada quanto à qualificação do acesso a ABS.

Tabela 14 – Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria da Eficiência na ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde

		Como o gestor avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria da Eficiência			Total
		Não incentiva melhoria	Indiferente	Incentiva melhoria	
Como o profissional avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria da Eficiência	Não incentiva melhoria	13	15	55	83
	Indiferente	23	14	48	85
	Incentiva melhoria	70	90	322	482
Total		106	119	425	650

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Novamente, avaliando a melhoria na eficiência da ABS segundo gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde, pode-se observar que o teste qui-quadrado de independência apresentou P-valor = 0,079, de modo que a hipótese de não associação entre

gestores e trabalhadores não pode ser rejeitada ao nível de significância $\alpha = 0,05$. O coeficiente Kappa apresentou valor próximo de zero ($k = 0,016$ e $P\text{-valor} = 0,591$), indicando que os julgadores responderam de forma aleatória. Sendo assim, a suposição de concordância entre as opiniões de gestores e profissionais em saúde foi refutada quanto à qualificação da eficiência na ABS.

Tabela 15 – Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria nos Processos de Trabalho da ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde

		Como o gestor avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria dos Processos de Trabalho			Total
		Não incentiva melhoria	Indiferente	Incentiva melhoria	
Como o profissional avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria dos Processos de Trabalho	Não incentiva melhoria	9	14	56	79
	Indiferente	24	16	50	90
	Incentiva melhoria	68	75	337	480
Total		101	105	443	649

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Avaliando o Uso do Repasse do PMAQ-AB para Qualificação nos Processos de Trabalho da ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde, temos que o teste qui-quadrado de independência apresentou $P\text{-valor} = 0,022$, de modo que a hipótese de não associação entre gestores e trabalhadores foi refutada ao nível de significância $\alpha = 0,05$. Sendo assim, de forma geral, podemos aceitar a suposição de associação entre opiniões de gestores e trabalhadores da ABS.

No entanto, o coeficiente Kappa para avaliar a concordância entre os julgadores apresentou valor próximo de zero ($k = 0,025$ e $P\text{-valor} = 0,384$), indicando que os julgadores responderam de forma aleatória e desse modo, a suposição de concordância entre as opiniões de gestores e profissionais em saúde foi refutada quanto à qualificação no Processo de Trabalho a ABS.

Tabela 16 – Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria nos Resultados em Saúde, segundo Gestores e Profissionais em Saúde

		Como o gestor avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria dos Resultados em Saúde			Total
		Não incentiva melhoria	Indiferente	Incentiva melhoria	
Como o profissional avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria dos Resultados em Saúde	Não incentiva melhoria	10	14	54	78
	Indiferente	25	8	60	93
	Incentiva melhoria	76	69	329	474
Total		111	91	443	645

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Sobre a Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para Qualificação nos resultados em saúde, segundo Gestores e Profissionais em Saúde, temos que o teste qui-quadrado de independência apresentou $P\text{-valor} = 0,050$ no limiar entre aceitação/rejeição da hipótese de

associação, no entanto optou-se por flexibilizar o nível de significância e refutar a hipótese de não associação entre gestores e trabalhadores para um nível $\alpha > 0,05$. Além disso, o coeficiente Kappa apresentou valor próximo de zero ($k = -0,017$ e $P\text{-valor} = 0,553$), indicando que os julgadores responderam de forma aleatória. Sendo assim, a suposição de concordância entre as opiniões de gestores e profissionais em saúde foi refutada quanto à qualificação dos Resultados em Saúde.

Tabela 17 – Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria da Satisfação do Usuário, segundo Gestores e Profissionais em Saúde

		Como o gestor avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria da Satisfação do Usuário			Total
		Não incentiva melhoria	Indiferente	Incentiva melhoria	
Como o profissional avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria da Satisfação do Usuário	Não incentiva melhoria	11	13	50	74
	Indiferente	24	16	60	100
	Incentiva melhoria	69	87	310	466
Total		104	116	420	640

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Avaliando o Uso do Repasse do PMAQ-AB para Qualificação na satisfação do usuário da ABS, segundo Gestores e Profissionais em Saúde, temos que o teste qui-quadrado de independência apresentou $P\text{-valor} = 0,258$, de modo que a suposição de independência da opinião entre gestores e trabalhadores não foi refutada para um nível $\alpha = 0,05$. Além disso, o coeficiente Kappa apresentou valor próximo de zero ($k = 0,003$ e $P\text{-valor} = 0,907$), indicando que os julgadores responderam de forma aleatória. Sendo assim, a suposição de concordância entre as opiniões de gestores e profissionais em saúde foi refutada quanto à qualificação na satisfação do usuário da ABS.

Tabela 18 – Avaliação do Uso do Repasse do PMAQ-AB para a Melhoria da Satisfação Profissional, segundo Gestores e Profissionais em Saúde

		Como o gestor avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria da Satisfação Profissional			Total
		Não incentiva melhoria	Indiferente	Incentiva melhoria	
Como o profissional avalia que o repasse PMAQ-AB incentiva a Melhoria da Satisfação do Profissional	Não incentiva melhoria	12	14	68	94
	Indiferente	19	17	61	97
	Incentiva melhoria	67	68	323	458
Total		98	99	452	649

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados da pesquisa construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB

Por fim, considerando a última subdimensão avaliada, o Uso do Repasse do PMAQ-AB para melhoria na satisfação profissional, segundo Gestores e Profissionais em Saúde, temos que o teste qui-quadrado de independência apresentou P-valor = 0,580, de modo que a suposição de independência da opinião entre gestores e trabalhadores não foi refutada para um nível $\alpha = 0,05$. Além disso, o coeficiente Kappa apresentou valor próximo de zero ($k = 0,013$ e P-valor = 0,649), indicando que os julgadores responderam de forma aleatória. Sendo assim, a suposição de concordância entre as opiniões de gestores e profissionais em saúde foi refutada quanto à qualificação na satisfação profissional da ABS.

Então, resumindo os resultados das seis subdimensões, temos que apenas Processos de Trabalho e Resultados em Saúde apresentaram associação de forma global (ao nível $\alpha = 0,05$) entre as opiniões de gestores e trabalhadores sobre a qualificação na ABS. No entanto, avaliando a concordância de forma individual através do coeficiente kappa observamos que nenhuma das subdimensões consideradas apresentou concordância relevante entre o gestor municipal e seu respectivo profissional em saúde.

Novamente, a divergência de opiniões entre trabalhadores e gestores sob uma estratégia de pagamento por desempenho pode ser uma sinalização de falta de sincronia entre os objetivos deles que pode resultar em um não aproveitamento integral dos benefícios da estratégia de gestão da saúde utilizada na ABS dos municípios.

6. Implantação do Previne Brasil – Novo modelo de financiamento da APS

Em 2019 ocorreu a extinção do PMAQ, passando a prevalecer o novo modelo de financiamento da APS, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme o Ministério da Saúde, 2019, o atual modelo de financiamento, Previne Brasil, foi instituído em 12 de novembro de 2019, através da Portaria nº 2.979, alterando algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios:

- Captação ponderada;
- Pagamento por desempenho;
- Incentivo para ações estratégicas.

Tendo como objetivo ampliar a acessibilidade de usuários nos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre a população e equipe, o Previne Brasil visa estruturar um modelo de financiamento, consistindo em instrumentos que aguçam à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Massuda (2020), enfatiza as especificações dispostas no PAB fixo e variável para o financiamento da APS, onde sofreram alterações e os pontos acrescidos foram o quantitativo

de indivíduos cadastradas pelo Ministério da Saúde nas equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, observando alguns critérios aplicados, como:

- Vulnerabilidade socioeconômica, perfil e localização geográfica;
- Pagamento por desempenho atrelado aos resultados obtidos pelas equipes, a partir de critérios determinados pelo Ministério da Saúde;
- Ajuda financeira para ações e programas definidos pelo Ministério da Saúde.

Na Pesquisa conduzida por Morosini et al, 2020, três argumentos foram apresentados para justificar a nova política de financiamento:

- Atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais;
- Alcançar os grupos mais vulneráveis;
- Garantir custo-efetividade na política de atenção básica.

O foco desse programa é estruturar de maneira ordenada o modelo de financiamento da APS para induzir o acesso aos serviços, a cobertura efetiva das USBs e o aumento da qualidade da assistência, com foco no atendimento às necessidades de saúde da população. No âmbito relacionado a gestão municipal, esse modelo de financiamento oportuniza a flexibilização na gestão de recursos à APS, possibilitando adequar a capacidade instalada e a abrangência do serviço, a partir da atuação multiprofissional (BRASIL, 2021).

O programa Previne Brasil traz ênfase principalmente na ampliação do acesso da população ao serviço de saúde, garantindo já diretrizes e princípios instituídos pelo SUS na sua constituição. Além disso, é importante frisar que o modelo de atenção precisa ser orientado por um modelo centrado na pessoa, com base na preocupação com o primeiro contato, a orientação da família, da comunidade e o acesso dos sujeitos. A nova proposta do programa Previne Brasil altera a forma estrutural e a lógica indutiva de organização da política de saúde, oportunizando diversificação da mercantilização (MASSUDA, 2020).

Esse novo programa de financiamento aponta uma mudança mais radical, que extingue o PAB fixo, onde havia única transferência intergovernamental em saúde com base populacional e implica o fim do financiamento universal da atenção básica, o que pode significar uma ameaça ao serviço público. No entanto é importante afirmar que como discorre Melo et al (2019), o financiamento na atenção básica na perspectiva do SUS permanece durante muito tempo insuficiente, com limites e tensões importantes na relação entre gestão federal e municipal, porém ainda assim foram intensificadas medidas significativas a fim de descentralizar a gestão da visibilização da atenção local, concretizando as formas inovadoras de interpretar e responder às necessidades de saúde (GIOVANELLA et al, 2019).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMAQ-AB é considerado o programa que mais influencia a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços em saúde em se tratando principalmente de atenção primária a saúde. Nos achados à luz da base de dados demonstram que o programa PMAQ- AB possibilita avanços quanto à organização funcional com respeito ao acolhimento e o acesso aos serviços de saúde com excelência, apesar de suas limitações. A maioria dos profissionais participantes do estudo possuía conhecimento acerca do programa PMAQ e seu repasse, assim como também tinha conhecimento dos profissionais contemplados com o programa.

Assim, este estudo oportunizou evidenciar a percepção dos gestores de saúde acerca de como foi realizado o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB nos Municípios da Paraíba, verificando também, os resultados do PMAQ para melhoria do acesso a saúde na maioria das pesquisas analisadas, demonstrando que este programa é capaz de provocar nos profissionais e gestores mais necessidade de trabalhar com ações ainda mais qualificadas e que possibilite que as políticas públicas em saúde sejam cumpridas e ampliadas para atender as necessidades da população, apontando que este incentivo provoca influência no cotidiano da saúde.

Os profissionais envolvidos no processo tinham conhecimento na periodicidade do repasse financeiro, no entanto após a aplicação do modelo estatístico os resultados encontrados demonstraram que este fator consiste em pouca influência, no que tange a melhoria da qualidade da assistência. Também baseado neste estudo algumas questões ficaram evidenciadas como salários das equipes de saúde, vínculos de trabalho fragilizados, entendimento por parte dos profissionais a respeito do programa e outros fatores importantes.

Após a análise, conclui-se ainda que, a maior parte do incentivo financeiro recebido pelo município é utilizada no repasse às equipes de saúde da atenção básica, como também na parte estrutural das UBS. Dentre as medidas aplicadas para a efetivação do repasse, destacaram-se a adoção do uso da avaliação externa como método para o repasse; o valor percentual aplicado sobre a remuneração mensal de cada profissional; o percentual entre 40% e 60% dos valores conferidos aos trabalhadores dentro de uma periodicidade semestral, destacando também, que o restante dos recursos é investido em condições melhores de trabalho; ajustes da estrutura das UBS; educação permanente, dentre outros. Com os objetivos propostos pelo programa alcançados no estado, baseando-se pela perspectiva dos gestores, identificou-se que o PMAQ-AB, em uso de seus recursos financeiros, fortaleceu a ampliação do acesso e da qualidade da atenção, da formação dos profissionais e da melhoria das condições de trabalho.

Contudo, percebe-se que existe a necessidade de uma maior sensibilização quanto ao programa e a aplicação dele na prática entre os profissionais de saúde, visto que há uma divergência de opiniões entre trabalhadores e gestores sob uma estratégia de pagamento por

desempenho, demonstrando uma falta de sincronia entre os objetivos do programa, que pode resultar em um não aproveitamento integral dos benefícios da estratégia de gestão da saúde utilizada na ABS dos municípios.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, D. M. X. de et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, e2017111, 2018.

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, jun. 2013.

ALMEIDA, E. R. Et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**. v. 42, n.11, p. 1-8, 2018.

ARCARI, J. M. et al. **Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 2, 2020.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária. **Caderno de saúde pública**. v. 11, n. 2, p. 1-8, 2021.

BARRETO, J.O.M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde de bate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.117, p.408-419, 2018.

BERTUSSO, F. R. **A contribuição do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB), no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. 2017 112 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2017.

BORLINI DRAGO, L. M. Há Pedras no Meio do Caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.290 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):manual instrutivo 3º Ciclo (2015-2016)**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasc / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília, DF:MS; 2015.

BRASIL. Previdência Social. **Período de 1888 – 1933**. Brasília: Previdência Social, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): 3º Ciclo (2015-2017)**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DASAÚDE. **Egestor**, 2018, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contratualização no SUS**, 2017, <https://www.contratualizacaoanosus.com/copia-contratualizacao>-cebas. Acesso em: novembro de 2021.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **SciELO**, Estudos Avançados. v. 27, n. 78, 2013.

CARVALHO, M. F.; ANDRADE C. S. **A institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica em municípios do nordeste brasileiro**. Saúde em redes. v. 7, n. 1, 2021.

CAVALCANTI, P. F. M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 30, n. 03. 2020.

CECILIO, L. C.O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018.

CHAVES, L. A. et al. **Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 2.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016. p. 264-272.

CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS DE SAÚDE – CONASS. **Planificação da Atenção à Saúde**. Rio Grande do Sul, 2019.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado:

Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 8ª Ed. São Paulo, SP: Campos, 2011.

DELGADO, G.N. **A reforma trabalhista no Brasil: comentários à Lei n.13.467/2017**. São Paulo: LTr, 2017.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-18, 2018.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, Sept. 2018.

FERNANDES, A. A. T. et al. Read this paper if you want to learn logistic regression. **Revista de Sociologia e Política** [online]. v. 28, n. 74, 2020.

FLORES, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro; v. 42, n. 116, p. 237-247, jan-mar 2018.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Básica à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FRANCISCO, P. M. B. Et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev Bras Epidemiol**. v. 11, n. 3, p. 347-55, 2008.

GIOVANELLA L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cad Saúde Pública**. v. 35, n. 17, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4, p.1475-1481, 2020.

GOMES, R. N. S. Políticas de saúde pública no Brasil :Contexto histórico. **Revista Augustus**. v. 21, n. 42, n. 127-136, 2016.

GOMES, C. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2021.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C. S., D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. Monografia de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, p. 31, 2012.

HARZHEIM, E. et al. **Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, [online], v. 27, n. 2, p. 609-617, 2022.

HAUSER, L. *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Básica à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p.244-255, 2013.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R. X. **Applied Logistic Regression.** John Wiley & Sons, 2013.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWER, W. S. Delineando a pesquisa clínica. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

IBGE. **Cidades e Estados.** João Pessoa. Acesso: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/joao-pessoa.html>, 2020.

JALES, E. D. Et al. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. **Revista Saúde e Ciência Online.** v. 6, n. 3, 2017.

LINS, A. S. B. M. **Aplicação do incentivo financeiro do PMAQ, no 3º ciclo, sob a ótica da Equipes de Saúde e sua influência na qualificação da Atenção básica nos Municípios da Paraíba.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, p. 102. 2021.

LOPES, J. organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed; p.330-336, 2012.

MACINKO, J. M., SCHILLING, C. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate [online].**2018, v. 42, p. 18- 37, 2018.

MAGALHÃES, I. A. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-25, 2020.

MATTOS, R. A.. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online].** 2009, v. 13, n.1, p. 771- 780, 2012.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva.** 2020, v. 25, n. 4, p. 1181- 1188. 2020.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional De Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS.** Brasília: Conselho Nacional De Secretários de Saúde – CONASS, 2019.

MELO, E. A, et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da

atenção básica à saúde no Brasil. **Saúde Debate**. v. 43(n.spe), p.137-44, 2019.

MENDES, E. V. O papel da Atenção Básica à saúde (AB) na operacionalização das redes de atenção à saúde. **In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)**. Para entender a gestão do SUS. **A Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

MENDONÇA, C. S. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado pela Atenção Básica. **In: Organização Pan-Americana da Saúde Inovando o papel da Atenção Básica nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOROSINI, M. G. V. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **ad. Saúde Pública**. v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

MOROSINI, M. V. G.; CARDOSO, F. A. F. BATISTA, T. W. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 9 2020.

MORAES, R. M.; SOARES, R.A.S. Modelos de Decisão aplicados à Saúde: teoria e prática. **Tempus, Actas de Saúde Colet**, Brasília, v. 10, n.2, p. 07-10, jun, 2016.

NEVES R. G.et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad Saú de Pública**. v. 34, n. 4, p. 72-77, 2018.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v.66, n.spe, p.158-64, 2013.

PAPP, R. et.al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals base don focus group discussions. **BMC FamPract**. 2014.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **HistCienc Saude Manguinhos**. v.21, n.1, p.15-36, 2014.

PINTO JÚNIOR, E. P. et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, 2015.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A. EFERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out 2014.

PISCO, L. Reforma da Atenção Básica em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. **Cien Saude Colet**. v. 16, n. 6, p.2415-2424, 2011.

RODRIGUES, A. W. D. et al. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate [online]**. v. 45, n. 131, p. 1060-1074, 2021.

SADDI, F. C. et al. Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): amixed-method approach. **Cad. Saúde Pública**. v.34, n.10,2018.

SALES, O. P. Et al. O SUS: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**. v.6, n.17, p. 55-65, 2019.

SALES, O. P. Et al. Políticas de saúde pública no Brasil: Contexto histórico. **Revista Humanidades e Inovação**. v.6, n.17, p. 55-65, 2019.

SANTOS, E. S. **Salário eficiência e rigidez salarial: um estudo no âmbito das indústrias nas regiões sudoeste e sul da Bahia**, Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Economia, v.113, p. 19-23, 2013.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade** [Internet]. 16º de abril de 2012 [citado 15º de novembro de 2021]; v. 7, n. 23, p. 69-74. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392>.

SILVA, I. A. B. **Sistema de apoio a decisão: a segurança alimentar e o modelo em rede neural**. Dissertação (Mestrado) – Escola FIOCRUZ de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

SILVA, C. C. S.; VIANNA, R.P.T.; MORAES, R. M. PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA: Um estudo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n.1, p.79-84, 2012.

SIMÕES, J. A. et al. Portugal Health system review. **Health systems in transition**, v.13, n.4, p. 1- 156, 2017.

SIQUEIRA, J. A. S. Et al. Gestão na estratégia de Saúde da Família: avaliação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte. **Rev Bras. Pesq. Saúde**. v. 21, n.3, p. 49-59, 2019.

SOARES, C. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde em Debate**. v. 44, n. 126, p. 708-724. 2020.

SOUSA, C.; FENANDES, V. C. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, [S. l.]**, v. 12, p. 1–17, 2020.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO,E.L.; ALMEIDA,C.A.L.**Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 1-9, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Relatório final diálogos online: remuneração por desempenho na Atenção Básica – 1ª e 2ª Edição**. Belo Horizonte: UFMG; 2014.

VASCONCELOS, M.I.O; et al. Avaliação da Resolutividade e Efetividade da Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa de Literatura, **Sanare**, Sobral - v.17, n.01, p.65-73,

Jan./Jun. – 2018.

VIACAVA, F, et al. SUS: Oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Cien Saude Colet.** v. 2, n. 1, p. 1-18, 2018.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C. Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais. **Revista espacios.** V 38, n. 42, p. 1-11, 2017.

ZERMIANI, T. C.; PINTO, M. H. B.; DITTERICH, R. G. Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 21, n. 2, 2018. DOI: 10.5216/sec.v21i2.56313.

APENDICE 1 - Organização das variáveis.

Quadro 1. Organização das variáveis.

Parte 1 - Variáveis Exploratórias Descritivas		
Variáveis	Categorias das repostas	Escore atribuídos
Idade	-	-
Sexo	-	-
Cargos ocupados pelos entrevistados	Gestor	-
Município em que trabalha	-	-
Parte 2 - Variáveis Investigativas acerca do Repasse do Incentivo do PMAQ		
Os recursos financeiros do PMAQ-AB são usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho para sua equipe de saúde [3ºciclo]	SIM	1
	NÃO	2
Além do PMAQ-AB, existe outro incentivo financeiro adicional à remuneração contratual (bônus, gratificação ou prêmio) condicionado a avaliação de desempenho para sua equipe de saúde [3ºciclo]	SIM	1
	NÃO	2
	NS/NR	3
Há no município alguma normativa que regulamente o repasse dos incentivos financeiros do PMAQ para as equipes de saúde [3ºciclo]	SIM	1
	NÃO	2
	NS/NR	3
Há no município alguma normativa que regulamente o repasse dos incentivos financeiros do PMAQ para as equipes de saúde [3ºciclo]	Lei municipal do PMAQ	1
	Portaria da Secretaria de Saúde	2
	Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde	3
	Não há normativa	4
	NS/NR	5
Você sabe, em MÉDIA, qual porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de AB (considere a sua realidade salarial) [3ºciclo]	Até 10% do valor recebido pelo município	1
	11 a 20% do valor recebido pelo município	2
	21 a 30% do valor recebido pelo município	3
	31 a 40% do valor recebido pelo município	4
	41 a 50% do valor recebido pelo município	5
	51 a 60% do valor recebido pelo município	6
	61 a 70% do valor recebido pelo município	7
	71 a 80% do valor recebido pelo município	8
	81 a 90% do valor recebido pelo município	9
	Acima de 91% do valor recebido pelo município	10
	Não houve repasse para as equipes nesse ciclo	11
	NS/NR	12

Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados (marque a opção que você achar mais importante) [3ºciclo]	O resultado da avaliação externa do PMAQ-AB	1
	O alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre)	2
	O alcance de metas relativas (ex: aumento percentual em relação ao período anterior do número de consultas por mês/trimestre/semestre)	3
	Algum tipo de ranqueamento relativo (ex: apenas as equipes mais bem 'classificadas' no mês/trimestre/semestre serão beneficiadas)	4
	Todas as equipes da Atenção Básica recebem igual	5
	Equipes não recebem o incentivo financeiro	6
	Outros	7
Na sua equipe de saúde, como é definido o repasse do incentivo do PMAQ-AB [3ºciclo]	Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo.	1
	Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo	2
	Outros	3
	A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ-AB	4
	NS/NR	5
Para quais profissionais das equipes de Atenção Básica o incentivo foi repassado	Médico	1
	Enfermeiro	2
	Odontólogo	3
	Profissional do NASF	4
	Técnico em enfermagem	5
	Aux. ou Tec. Saúde Bucal	6
	ACS	7
	Outros Profissionais de nível superior	8
	Apoio / Gerente	9
	Não sei / Não quero responder	10
	Não há repasse para as equipes da AB	11
	Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Profissionais do NASF, Téc. de enfermagem, Aux. ou Téc. Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde, Outros profissionais de nível superior	12
	Enfermeiro, Odontólogo, Profissionais do NASF, Téc. de enfermagem, Aux. ou Téc. Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde, Gerente/apoio	13
	Médico e Enfermeiro	14
	Médico, Enfermeiro, Téc. De	15

	enfermagem, Agente Comunitário de Saúde	
	Profissionais do NASF, Téc. De enfermagem, Aux. ou Téc. Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde	16
Qual a periodicidade em que a avaliação para a concessão do incentivo financeiro por desempenho é realizada [3ºciclo]	Mensalmente	1
	Bimestralmente	2
	Trimestralmente	3
	Semestralmente	4
	Anualmente	5
	Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB	6
	Não há periodicidade definida	7
	A equipe não recebe incentivo financeiro PMAQ-AB	8
	Outras	9
	NS/NR	10
O repasse de recurso financeiro do PMAQ tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos [3ºciclo]	Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS	1
	Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão	2
	Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde	3
	Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde	4
	Não há problemas quanto ao repasse	5
	Outros	6
	NS/NR	7
Parte 3 – Variáveis Investigativas acerca do reflexo do Repasse do Incentivo do PMAQ na melhoria da qualidade		
Considerando o 3ºciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica?	Melhora do acesso	1.NÃO INCENTIVA NENHUMA MELHORA
		2.INCENTIVA POUCO
		3.INCENTIVA PARCIALMENTE
		4.INCENTIVA
		5.INCENTIVA FORTEMENTE
		6.NS/NR
	Melhora da Eficiência	1.NÃO INCENTIVA NENHUMA MELHORA
		2.INCENTIVA POUCO
		3.INCENTIVA PARCIALMENTE
		4.INCENTIVA
		5.INCENTIVA FORTEMENTE
		6.NS/NR
	Melhora do Processo de trabalho	1.NÃO INCENTIVA NENHUMA MELHORA
		2.INCENTIVA POUCO
		3.INCENTIVA PARCIALMENTE
		4.INCENTIVA
		5.INCENTIVA FORTEMENTE
		6.NS/NR

	Melhora dos Resultados em Saúde	1.NÃO INCENTIVA NENHUMA MELHORA
		2.INCENTIVA POUCO
		3.INCENTIVA PARCIALMENTE
		4.INCENTIVA
		5.INCENTIVA FORTEMENTE
		6.NS/NR
	Melhora da Satisfação dos Usuários	1.NÃO INCENTIVA NENHUMA MELHORA
		2.INCENTIVA POUCO
		3.INCENTIVA PARCIALMENTE
		4.INCENTIVA
		5.INCENTIVA FORTEMENTE
		6.NS/NR
	Melhora da Satisfação dos Profissionais	1.NÃO INCENTIVA NENHUMA MELHORA
		2.INCENTIVA POUCO
		3.INCENTIVA PARCIALMENTE
		4.INCENTIVA
		5.INCENTIVA FORTEMENTE
		6.NS/NR

Quadro 2. Variável desfecho dicotomizada

Variáveis		Categorias de respostas	Escore atribuído
Considerando o ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ- AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (3º ciclo)	Melhorar acesso	Não incentiva	0
		Incentiva a melhora	1
	Melhorar eficiência	Não incentiva	0
		Incentiva a melhora	1
	Melhorar Processos de trabalho	Não incentiva	0
		Incentiva a melhora	1
	Melhorar resultados e m saúde	Não incentiva	0
		Incentiva a melhora	1
	Melhorar satisfação do usuário	Não incentiva nenhuma melhora	0
		Incentiva a melhora	1
	Melhorar satisfação profissional	Não incentiva	0
		Incentiva a melhora	1

ANEXOS

ANEXO A–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa é sobre IMPACTOS DO PMAQ NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOBRE O REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO POR DESEMPENHO ÀS EQUIPES DE SAÚDE e está sendo desenvolvida por Juliana Sampaio e colaboradores, do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. O objetivo do estudo é analisar as diferentes modalidades de repasse dos incentivos financeiros por desempenho do PMAQ realizadas pelos municípios da Paraíba e a avaliação destas pelos atores envolvidos. A finalidade deste trabalho é contribuir para a qualificação do PMAQ no que se refere à transferência dos incentivos financeiros por desempenho. Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário, que terá duração média de 5 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que esta pesquisa tem como único risco seu possível constrangimento em responder a alguma questão do questionário. Portanto, garantimos seu direito de não responder a quaisquer questões e ou desistir de realizar a pesquisa, sem nenhum dano ou constrangimento. Esclarecemos que sua participação no estudo é **voluntária** e, portanto, não a/o obriga a participar da mesma.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante ou responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Juliana Sampaio. Telefone: (83) 32167242 ou para o Comitê de Ética do CCM: *Centro de Ciências Médicas, 3º andar, sala 14 – Cidade Universitária - Campus I, Universidade Federal da Paraíba, CEP: 58051-900 - Bairro Castelo Branco - João Pessoa – PB. Telefone: (83) 3216.7619. E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br*

ANEXO B - TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, VIVIAN CONCEIÇÃO ALVES LEITE PEREIRA DO LAGO, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Percepção dos Gestores acerca do incentivo financeiro do PMAQ, 3º ciclo, e sua aplicação para obtenção de melhor qualidade da Atenção Básica nos Municípios da Paraíba**, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

NOME DA PESQUISADORA: VIVIAN CONCEIÇÃO ALVES LEITE PEREIRA DO LAGO
ENDEREÇO: RUASANTO ELIAS, 175, APTO. 701, ESPINHEIRO, RECIFE-PE, CEP: 52020-095
FONE: (81) 9 94521338
E-MAIL: vivianlago@hotmail.com

Paraíba, 15 de Abril de 2022

Vivian Conceição Alves Leite Pereira do Lago

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EMPESQUISA

	UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / CCM									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: IMPACTOS DO PMAQ NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOBRE O REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO POR DESEMPENHO ÀS EQUIPES DE SAÚDE										
Pesquisador: Juliana Sampaio										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 90331416.6.0000.8069										
Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DA NOTIFICAÇÃO										
Tipo de Notificação: Outros										
Detalhe: Ampliação da amostra do projeto										
Justificativa: Solicitamos a autorização para ampliar a amostra do projeto, incluindo todos os										
Data do Envio: 14/09/2018										
Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Em lido										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 2.960.514										
Apresentação da Notificação:										
A pesquisadora solicita autorização para ampliar a amostra do projeto, incluindo todos os gestores municipais de saúde do Brasil (5.324 municípios) que contratualizaram no 3º ciclo do PMAQ. Para tanto, será aplicado apenas o formulário dos gestores, e o mesmo será enviado on line para os gestores. Continuará sendo mantido o sigilo dos participantes e todos os cuidados éticos. Para a aplicação do instrumento, os gestores concordarão com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será apresentado como a primeira página do referido formulário. A continuação do instrumento será condicionada a coleta do TCLE. Para o desenvolvimento da pesquisa, já contamos com a anuência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Seguem em anexo as referidas cartas de anuências.										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1</td> </tr> <tr> <td>Bairro: CASTELO BRANCO</td> <td>CEP: 55.051-900</td> </tr> <tr> <td>UF: PB</td> <td>Município: JOÃO PESSOA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (83)3216-7517</td> <td>E-mail: comitedetica@com.ufpb.br</td> </tr> </table>			Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1		Bairro: CASTELO BRANCO	CEP: 55.051-900	UF: PB	Município: JOÃO PESSOA	Telefone: (83)3216-7517	E-mail: comitedetica@com.ufpb.br
Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1										
Bairro: CASTELO BRANCO	CEP: 55.051-900									
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA									
Telefone: (83)3216-7517	E-mail: comitedetica@com.ufpb.br									



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Contribuição do Parecer: 2.903,714

Objetivo da Notificação:

Ampliação da amostra do projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram devidamente destacados pela pesquisadora, seguindo as normas e diretrizes da Resolução 466/12, CNS, MS.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação aceita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Observar os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos durante todas as etapas da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a Resolução 466/12, CNS, MS, a notificação foi aceita e aprovada por não haver óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Senhora Pesquisadora: O Colegiado do CEP-CCM, após apreciação do projeto de pesquisa (Notificação) enviado por V.Sª, decidiu por parecer APROVADO por não haver óbices éticos. Recomendamos ACESSAR o Parecer Consubstanciado emitido por este CEP, disponível em sua página na Plataforma Brasil. O Manual Funcionalidades, da Aba Pesquisador na Plataforma Brasil, contém instruções de como localizar o parecer. Parabéns!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_Anuencia_conasems.pdf	14/09/2018 08:31:51	Juliana Sampaio	Postado
Outros	Carta_Anuencia_conass.pdf	14/09/2018 08:32:22	Juliana Sampaio	Postado

Situação do Parecer:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus I

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3218-7817

E-mail: comissaoetica@ccm.ufpb.br